Nr. 21. 24. maja 1925. Rok IV.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

Prace oryginalne.

Jan SZMURŁO, prof. otolaryngologji i kierownik kliniki otolaryngologicznej Uniwersytetu Stefana Batorego. Wilno.

Uwagi w sprawie wskazań leczniczych w przypadkach t. zw. polipów nosowo-gardłowych, albo włókniaków młodzieńczych. *(Fibroma Juvenile).*

Sprawa polipów nosowo-gardłowych nie przestaje ani na chwilę być aktualną w rynologji. Zajmują się nią zarówno chirurdzy, jak i laryngolodzy. W ciągu 15-tu lat ostatnich występowała ona kilkakrotnie na kongresach międzynarodowych, jako temat zasadniczy. W roku 1911 na międzynarodowym Kongresie rynolaryngologów w Berlinie referowali ją Moure, Jacques i Hellat w roku zaś 1922 ten sam temat był postawiony na czele obrad kongresu otolaryngologów francuskich i znalazł referentów w takich mistrzach francuskiej rynologji, jak Pierre Sebilau, Lannois-Laurens i wreszcie w marcu roku obecnego sprawę operacji polipów nosowo-gardłowych referował na Zjeździe laryngologów Niemiec Południowych prof. Brüggemann. Wiele punktów dotychczas niejasnych i spornych zostało w tej kwestji już obecnie wyjaśnionych. Mamy więc teraz ustalone już zdanie, dotyczące miejsca powstawania tych nowotworów, wiemy, jak należy zapatrywać się na dawniej często stosowane przedwstępne operacje w postaci całkowitej resekcji szczęki górnej; gruntownej ocenie i krytyce poddane zostały i inne operacje, jak rozcięcie boczne podniebienia miękkiego, jak dłutowanie podniebienia twardego i t. p. Inne zagadnienia czekają dotychczas na rozwiązanie. Do takich należy sprawa najtrudniejsza, sięgająca do sedna rzeczy: co powoduje powstawanie polipów nosowo-gardłowych i dla czego w ogromnej, przytłaczającej większości przypadków owe polipy młodzieńcze zjawiają się przeważnie u chłopców w okresie dojrzewania i przestają rosnąć z chwilą wejścia ich w okres dojrzałości, a więc około 25 roku życia. W tej sprawie pozostajemy wciąż w krainie mniej lub więcej dowcipnych hipotez (Bensch, Ferreri, Masini, Uchermann, Sebileau.)

Do takich wreszcie, zdaniem mojem, zagadnień nierozstrzygniętych w klinice polipów nosowo-gardłowych należy sprawa wyboru postępowania leczniczego w przypadkach polipów nosowo-gardłowych.

Wertując odnośną, nader bogatą literaturę w pierwszej chwili odnosi się wrażenie, jak gdyby sprawa ta została ostatecznie rozstrzygnięta na korzyść metody operacyjnej, a więc w razie polipa, wypełniejącego głównie jamę nosowo-gardłową usuwanie go ze strony gardła po ułatwieniu sobie do niego dostępu z tej strony; w razie zaś zajęcia przez guz jamy nosowej usunięcie go od strony nosa zapomocą rozszerzenia sobie do niego dostępu, czy to drogą operacji typu Moure'a, czy to operacji typu Denker'a. Takie przynajmniej zasadnicze metody postępowania zalecane są zarówno przez przedstawicieli francuskiej jak i niemieckiej rynologji. Jednakże nawet u przedstawicieli kierunku czysto chirurgicznego nie widzimy tej pewności, jaka ich jeszcze przed kilku latami cechowała. W rzeczywistości bowiem liczne przypadki śmierci, straszliwe, nieraz śmiertelne krwotoki podczas lub wkrótce po operacji zmuszają każdego rynologa do ostrożności do unikania zbyt pośpiesznej decyzji i zbyt szybkiego przystępowania do operacji. Kobyliński[1]) który zebrał największą, bo 285 przypadków wynoszącą, liczbę polipów nosowo-gardłowych określa śmiertelność na 9,5% wyłącznie w zależności od krwotoków podczas i po operacji. Z tego powodu niektóre kliniki, jak Erlangeńska i Heidelberska, jak to widać z przemówień Broch'a[2]) i Karola Bech'a na II-gim Zjeździe niemieckich laryngologów z południowego zachodu Niemiec zupełnie porzuciły drogę operacyjną. Broch z kliniki w Erlangen wyraźnie w swem przemówieniu stwierdza, że z powodu obfitych, prawie nie nadających się unicknąć krwotoków operacyjnych zaniechaliśmy operacji i obecnie próbujemy dać sobie radę z pomocą innych bardziej zachowawczych metod (leczenia)«. Gdybyż przy tem operacja tak niebezpieczna dla chorego zabezpieczała go od nawrotów. Niestety tak nie jest. Według obliczeń tegoż Kobylińskiego w 19,3% przypadków następują nawroty, nie mówiąc już o tem, że w wielu przypadkach, jak to wspomina Sebileau[3]) w swoim pięknym wykładzie o polipach nosowogardłowych na Kongresie otolaryngologów francuskich w roku 1922, trzeba operację przerwać niedokończoną ażeby ratować zagrożone krwotokiem życie chorego.

Wreszcie istnieje jeszcze trzecie nie mniejsze od poprzednich niebezpieczeństwo, o którem statystyki dyskretnie milczą. Mówię tu niebezpieczeństwie zakażenia pooperacyjnego. Jeden taki przypadek podałem do publicznej wiadomości w pracy ogłoszonej w roku 1923 pod tytułem: »O tak zwanych polipach nosowo-gardłowych i o ich leczeniu«[4]). Możliwość takiego zakażenia pośrednio wskazuje we wspomnianym wykładzie prof. Sebileau, mówiąc, że odnogi guza, które się znajdują w bezpośredniem połączeniu z jego częścią nosowo-gardłową są w istocie odnogami zakażonemi (infectes), że naokoło nich istnieje zawsze mniej lub więcej żywy odczyn zapalny, i że w ten sposób można objaśnić sobie powstawanie śluzowych polipów w jamach nosowych, jako następstwo nieżytu podtrzymywanego przez nowotór. Jeżeli więc odnogi guza są zakażone, prosty wniosek wynika stąd że w niektórych przypadkach operowanie ich może spowodować ogólne zakażenie *(sepsis)*, z całym zespołem towarzyszących mu objawów. Sprzyjają temu wszelkie przyczyny, sprawiające osłabienie i wyczerpanie ustroju i zmniejszające odporność w walce z zakażeniem. Do takich przyczyn przedewszystkiem zaliczyć należy częste i nieraz znaczne utraty krwi spostrzegane u cierpiących na polipy nosowo-gardłowe. Utraty te są przyczyną bardzo wybitnej niedokrwistości, którą u tego rodzaju chorych spotykamy. Doświadczenia Gärtner'a[5]) na królikach szczepionych hodowlami gronkowców po upustach krwi wykazały, że u tych królików daleko prędzej występowały ropnie niż u normalnych kontrolnych zwierząt. Obszar zajęty sprawą ropną u takich królików jest przytem znacznie większy. Z tego powodu Wolfsohn[5]) czyni słuszną uwagę, że należy być szczególnie ostrożnym na punkcie aseptyki we wszelkich operacjach, których się dokonywa u chorych, cierpiących na ciężką niedokrwistość. Jeżeli wszakże tej aseptyki jak to bywa w razie operacji w nosie, ze względów czysto technicznych nie możemy w należytej mierze przeprowadzić, jeżeli, prócz tego, mamy do czynienia z tkanką zakażoną, wtedy występowanie zakażeń wtórnych, spowodowanych operacją, musi należeć do zjawisk codziennych. Że się o takich zakażeniach i ich opłakanych następstwach później milczy, łatwo sobie objaśnić to możemy niechęcią lekarzy podawania do publicznej wiadomości przypadków niepomyślnych, chociaż takie spostrzeżenia często nas więcej nauczyć mogą, niż szereg spostrzeżeń o przebiegu pomyślnym.

Te uwagi skłaniają mnie do podzielenia się z ogółem Kolegów spostrzeżeniami przypadków polipów nosowo-gardłowych, operowanych z przebiegiem mniej lub więcej niepomyślnym.

W wyżej wspomnianej pracy opierałem się na ośmiu przypadkach polipów nosowogardłowych. Od tego czasu, a więc w ciągu lat dziesięciu, widziałem jeszcze 6 przypadków. Z tych cztery zasługują na uwagą pod względem swego przebiegu, dla tego pozwolę je sobie przytoczyć, a następ-

nie wyciągnąć z nich pewne wnioski w sprawie leczenia polipów nosowo-gardłowych.

Przypadek I. Chory D., uczeń 17-letni. Według słów ojca chłopiec od lat dwóch cierpi na zatkanie nosa, od pół roku nos jest całkowicie zatkany i chłopiec musi stale oddychać ustami, przyczem często występują obfite krwotoki nosowe, które w ostatnich czasach bardzo go wycieńczyły i osłabiły do tego stopnia, że uczyć się wcale nie może.

Badanie wykazało: chłopiec na swój wiek wysoki i nieźle zbudowany, ale bardzo blady. Nos: W obu jamach nosowych masa śluzu, muszle nosowe blade, obrzmiałe. Po stronie prawej w tylnej połowie dolnego przewodu widać guz barwy różowej dość twardy, krwawiący przy dotknięciu zgłębnikiem nosowym. W jamie nosowo-gardłowej widać ten sam guz, jak wypełnia całkowicie obie choany. Powierzchnia guza gładka, kulista. Rozpoznanie guza nie napotykało na żadne trudności. Mieliśmy do czynienia z włókniakiem młodzieńczym, bardzo mocno, według wszelkiego prawdopodobieństwa unaczynionym, o czem świadczyło obfite krwawienie przy najlżejszem dotknięciu guza. Zaproponowałem więc ojcu chłopca umieszczenie syna w klinice i leczenie go ze względu na łatwe krwawienia zapomocą elektrolizy, a następnie, kiedy krwawienie ustanie i stan chłopca poprawi się, usunięcie resztek nowotworu drogą operacji. Ojciec wszakże, wieśniak, w obawie wielkich kosztów, zaklinał mnie ażebym guz usunął jak najprędzej, gdyż środki jego są tak szczupłe, że na dłuższy czas syna zostawić w Warszawie nie może. Po namyśle przeto, stwierdziwszy jeszcze raz, że dostęp do guza jest dość łatwy i że uda się go prawdopodobnie usunąć odrazu, postanowiłem operować chłopca niezwłocznie, licząc nato, że używając znieczulenia miejscowego nowokaino-adrenalinowego, będę mógł krwawienie zmniejszyć i prędko opanować, jak to w kilku ostatnich przypadkach polipów nosowo-gardłowych spostrzegałem. Operacji dokonałem dnia następnego t. j. 19. IX. 1917 r. w znieczuleniu miejscowem metodą Denkera. Stworzywszy sobie dostęp szeroki do nowotworu który, jak się okazało, wychodził z uchyłka klinowo-sitowego i z przedniej powierzchni ciała kości klinowej udało mi się oddzielić go za pomocą mocnych nożyc nosowych i wielkiego konchotomu typu Hartmanna. W chwili wydobywania guza potok krwi zalał pole operacyjne, wypełniając całą jamę nosową i nosowo-gardłową. Po kilku minutach udało mi się krwotok szczelną tamponadą zatrzymać. Wobec słabego i częstego tętna i nadzwyczajnej bladości chorego zastrzyknąłem podskórnie 500 gramów roztworu fizjologicznego soli kuchennej i 2 gramy 10-procentowego oleju kamforowego wyjałowionego. Po zastrzyknięciu stan chorego poprawił się dość szybko.

22. IX. Chory czuje się nieźle. Ciepłota wieczorowa 37·5.

23. IX. Usunięcie tamponów bez krwawienia, ciepłota rano 37,5, wieczór 38.

24. IX. Chory skarży się na ból w prawem uchu. Prawa błona bębenkowa czerwona, naprężona. Po przekłuciu zjawił się wypływ ropny, niezbyt obfity, trwający dni dziesięć.

26. IX. Chory skarży się na ból w prawem kolanie, które jest mocno zaczerwienione, obrzmiałe, na dotyk bolesne. Ciepłota podniosła się do 39 wieczorem. Od tej chwili rozwinęło się ropne zapalenie stawu kolanowego przyczem gorączka nabrała typu posocznicowo-ropnicowego z wysokiemi wzniesieniami i gwałtownemi spadkami z towarzyszeniem obfitych potów. Chory przeniesiony został do kliniki chirurgicznej prof. Leśniowskiego. Pomimo zastrzyknięć surowicy wielowartościowej i autowakcynizacji, pomimo operacji, dokonanej przez prof. Leśniowskiego stan chorego stale się pogarszał. Po sześciu tygodniach chory gorączkujący w stanie prawie beznadziejnym, został zabrany przez ojca z kliniki do domu na wieś.

W przypadku tym u chłopca bardzo wycieńczonego krwotokami, operacja wycięcia polipa nosowo-gardłowego spowodowała nadzwyczaj obfity krwotok, co jeszcze bardziej osłabiło wątły i tak organizm, na takiem podłożu łatwo mogły się rozwinąć infekcje wtórne w postaci ropnego zapalenia ucha środkowego a następnie ropnego zapalenia kolana z zejściem niepomyślnem.

Przypadek II. Chory K., żołnierz lat 22 skarży się na zatkanie w nosie, zwłaszcza w prawej połowie, które stopniowo się rozwijając od $1/2$ roku, w ostatnich czasach coraz bardziej mu dokucza. Badanie wykazuje: chory dobrze zbudowany i odżywiony. W tylnej części prawej jamy nosowej widać guz różowy, w górnej części zrosły z przegrodą. Za pośrednictwem rynoskopji tylnej widać guz różowy okrągły, wielkości śliwki francuskiej, zakrywający prawą choanę. Badanie palcem wykazuje, że mamy do czynienia z guzem okrągłym, dość twardym, przytwierdzającym się z boku do wyrostków skrzydłowych a w tylnej i górnej części wychodzący do trzonu kości klinowej. Krwawienie podczas palpacji bardzo nieznaczne.

4. II. 1924 r. Operacja. Ponieważ guz udawało się wyraźnie objęść palcem, ponieważ dalej krwawienie podczas badania było nieznaczne, co kazało przypuszczać że guz nie jest zbytnio bogaty w naczynia i krwawienie może być stosunkowo niewielkie, postanowiłem go usunąć zapomocą pętli gorącej po uprzednim dokładnem znieczuleniu i zanemizowaniu nosa i gardła górnego 20% rozczynem kokainy z adrenaliną, co mi się w istocie dość łatwo udało. W kilka minut po usunięciu guza zjawiło się krwawienie bardzo obfite, tak że trzeba było uciec się do tylnej tamponady. Przez ten czas chory stracił tak dużo krwi że tętno stało się nitkowate, wystąpiły nudności, wymioty, zimny pot. Pod wpływem zastrzyknięć kamfory oraz wprowadzenia pod skórę 600 cm^3 rozczynu fizjologicznego soli kuchennej podniesienia i przewiązania kończyn, gorących butelek któremi chory został obłożony, tętno się poprawiło i chory poczuł się lepiej.

6. II. Usunięto tampony, poczem krwawienie powtórzyło się znowu bardzo obfite, co zmusiło do założenia nowego tamponu ze strony jamy nosowo-gardłowej.

Wieczorem ciepłota ciała podniosła się do 38,5. Następnego dnia zrana 37,8, wiecz. 38,7 chory dużo pije, skarży się na ból w uchu prawem.

26. II. Tampon wyjęto przy czem krwawienie się więcej nie powtórzyło, natomiast bóle w uchu się wzmogły. Błona bębenkowa okazała się mocno przekrwioną i wypukloną. Przekłucie dało obfitą krwawą wydzielinę która po dwóch dniach nabrała cechy ropnej. Ropienie trwało dwa tygodnie, poczem bez śladu przeszło.

W tym przypadku ogromny krwotok który wystąpił po operacji zmusił do dokonania tylnej tamponady, ta zaś ze swej strony stała się powodem ropnego zapalenia ucha środkowego z zejściem pomyślnem.

Przypadek III. Żołnierz 22-letni skarży się na utrudnione oddychanie nosem, które odczuwa od lat kilku, zwłaszcza znaczną przeszkodę chory odczuwa od 5-ciu miesięcy, po stronie prawej, która zupełnie nie przepuszcza powietrza.

Badanie wykazało: Chory dobrze zbudowany i nieźle odżywiany. W nosie po obu stronach widać ogromne przerosty muszel dolnych. W jamie nosowo-gardłowej widać zapomocą rynoskopji tylnej duży guz wypełniający jamę nosowogardłową po stronie prawej i zakrywający prawą choanę. Od tego guza do jamy nosowej idzie wyrostek dość długi, wypełniający tylną i środkową część przewodu nosowego prawego.

W celu ułatwienia sobie dostępu do guza postanowiłem przedewszystkiem po miejscowem znieczuleniu kokainą usunąć przerosłe muszle. Podczas operacji w dniu 21. VII. 1924 roku w prawej połowie wystąpił tak silny krwotok, że czemprędzej trzeba było zatamponować nos za pomocą szczelnej tamponady. Podczas wyjmowania tamponów po 48 godz. ponowny bardzo silny krwotok który zmusił do ponownego zatkania prawej połowy nosa. Taki sam krwotok powtórzył się jeszcze 28. VII. i 30. VII. co mnie skłoniło do przypuszczeń, czy nie mamy do czynienia ze zmniejszoną krzepliwością krwi. W istocie badanie krzepliwości krwi dokonane przez asystenta Kliniki dra Wąsowskiego wykazało jej krzepnienie zaledwie po 15 minutach. Stan chorego ciężki; chory gorączkuje, przyczem ciepłota waha się od 38,5 do 39, 5. Wreszcie krwawienie udało się opanować, tampony zostały usunięte, ciepłota opadła, chory wszakże pozostawał bardzo osłabiony i wycieńczony. Krzepliwość krwi pozostawała wielce opóźniona (20 minut). Wtedy postanowiłem w celu podniesienia krzepliwości zastosować naświetlania chorego promieniami Roentgena którego dokonał Dr. Wąsowski wspólnie z drem Mienickim. W istocie pod wpływem naświetlań krzepliwość krwi znacznie się podniosła, jednocześnie stan chorego począł się poprawiać, niedokrwistość zmniejszyła się, siły się wzmogły. Wtedy postanowiłem przystąpić do usunięcia polipa nosowo-gardłowego drogą operacyjną poprzednio zastosowawszy elektrolizę. Ponieważ pantostat dający możność użycia prądu o silniejszem natężeniu do 100 i wyżej miliamperów popsuł mi się, mogłem zastosować tylko prąd baterji o słabszem natężeniu nie przewyższającem 10 miliamperów, co nie prowadziło do celu. Po kilku próbach które dały słabe wyniki postanowiłem wyciąć guz, utorowawszy sobie doń drogę za pomocą operacji Denkera.

22. X. Pod miejscowym znieczuleniem zapomocą nowokainy z adrenaliną dokonałem operacji Denkera, przyczem dostęp do guza był bardzo wygodny. Za pomocą ostrej łyżki, nożyc i wielkiego konchotomu typu Hartmanna guz usunąłem, krwawienie podczas operacji było obfite, jakkolwiek nie zagrażające życiu. Po operacji ranę zatamponowałem i tampon został usunięty po 2 dobach bez krwawienia. Po 5-ciu dniach wystąpił ból w uchu prawem, i zaczerwienienie błony bębenkowej, bóle pod wpływem okładów rozgrzewających się uspokoiły, t^0 nie przewyższała 37·5, po siedmiu dniach nastąpiło ropienie z ucha które trwało w ciągu 3 tygodni z mniejszem lub większem natężeniem. Po 3-ch tygodniach ciepłota się podniosła do 38,5 wystąpiły bóle w wyrostku sutkowym, liczba leukocytów wzrosła do 15000 w 1 $milim^3$. Przystąpiono do trepanacji wyrostka sutkowego który okazał się całkowicie rozmiękczonym, ściana i zatoka poprzeczna czerwona, zgrubiała pokryta ziarniną. W zatoce zakrzep. Podwiązano żyłę szyjną, zatokę otworzono szeroko i usunięto zakrzep.

Przebieg pooperacyjny z początku był nie pomyślny, ciepłota była wysoka (40^0), tętno częste i dość słabe, po dwukrotnem wszakże zastrzyknięciu propidonu, t^0 spadła, rana zaczęła się oczyszczać i goić a stan ogólny chorego począł się poprawiać. W obecnej chwili chory jest w okresie doskonale przebiegającego zdrowienia.

W tym przypadku u chorego z przerostem małżowin dolnych i dotkniętego włókniakiem nosowo-gardłowym ze skłonnością do krwawień wycięcie dolnych muszel spowodowało kilkakrotne bardzo obfite krwotoki, które doprowadziły ustrój do ostatecznego wycieńczenia. Naświetlania promieniami »X«, odpowiednia dieta, żelazo i wzmocnienie odżywiania poprawiły stan chorego, jednakże pod wpływem nowej operacji usunięcia polipa młodzieńczego nastąpiło zakażenie pooperacyjne ucha środkowego prawego które rozszerzyło się na wyrostek sutkowy i zatokę poprzeczną. Dopiero operacja oraz wakcyny wprowadzone z zewnątrz podniosły sprawność ustroju, który ostatecznie choć z trudem wyszedł z walki zwycięsko.

Dla pełności obrazu pozwolę sobie w krótkości przytoczyć przypadek opisany w poprzedniej pracy o polipach nosowo-gardłowych.

Przypadek IV. Dotyczący 14-letniego chłopca, którego pierwszy raz widziałem w marcu 1909 roku. Chłopiec skarży się na zupełne zatkanie nosa i częste krwawienia, wygląda przytem blady i osłabiony, błony śluzowe blade, bezkrwiste. W lewej połowie nosa duży, czerwony z przodu widzialny guz: badanie palcem wykazuje w jamie nosowo-gardłowej guz dość twardy, wielkości orzecha włoskiego, wychodzący z tylnobocznej części tylnej ściany gardła. Wycięcie guza zapomocą zimnej pętli i nożyc nosowych po uprzednim zakokainowaniu. Podczas operacji i bezpośrednio po niej krwawienie stosunkowo nieznaczne, wskutek czego tamponadę zastosowałem dość luźną. W dwie godziny potem gwałtowny krwotok, który ustał po tylnej tamponadzie. Objawy zapadu zostały zwalczone drogą wlewań podskórnych soli kuchennej i zastrzyknięć podskórnych kamfory. Po 48-miu godzinach usunąłem tampony, ciepłota podniosła się do 38, zjawiły się bóle głowy. Nazajutrz t° 39,5 pod lewą żuchwą znaczne powiększenie gruczołów chłonnych. Następnego dnia ciepłota 40, dreszcze, poty, bredzenie. W tydzień wystąpiły objawy zapalenia septycznego w dolnym płacie prawego płuca a po czterech tygodniach zejście śmierlelne

W ten sposób na 16 przypadków polipów młodzieńczych nosowo-gardłowych w czterech czyli 25% miałem powikłanie pooperacyjne, z tych w dwóch przypadkach czyli w 12,5% z zejściem niepomyślnem.

Analiza szczegółowa opisanych przypadków zmusza do zwrócenia uwagi na następujące punkty:

1. Wiek chorego; Im młodszy jest wiek chorego, tem większe grozi mu niebezpieczeństwo zejścia śmiertelnego wskutek powikłania pooperacyjnego. Obaj chłopcy poniżej lat 18-tu zmarli; jeden z powodu septycznego zapalenia płuc, drugi wskutek septycznego zapalenia stawu kolanowego.

2. Częstość krwawień: Im częstsze i obfitsze są krwawienia i im większy jest stopień niedokrwistości danego osobnika wskutek owych krwawień tem większe grozi mu niebezpieczeństwo zejścia śmiertelnego. Najłagodniej przebiegało zakażenie pooperacyjne u chorego Kw-kiego miewającego przed operacją krwawienia b. nieznaczne, które się wcale nie odbiły na jego stanie ogólnym, natomiast w trzech pozostałych przypadkach, w których krwawienia doprowadziły ustroje chorych do ostatecznego wyniszczenia, przebieg pooperacyjny był bardzo ciężki, dwukrotnie zakończony śmiercią, a w trzecim przypadku ciężkiem zakażeniem ucha środkowego i zatoki poprzecznej.

Przechodząc teraz do wniosków ogólnych w sprawie polipów nosowo-gardłowych musimy stwierdzić, że guzy te aczkolwiek dobrotliwe są pod względem swej budowy, jednakże pod względem następstw, jakie dla ustroju powodują, bynajmniej za takie uchodzić nie mogą. Jak widzieliśmy dają one zejścia śmiertelne wskutek krwotoku albo wskutek septycznego zakażenia z powodu operacji w 22% przypadków, cyfra nie wiele mniejsza od wyników, jakie otrzymali z powodu operacji guzów złośliwych jamy nosowo-gardłowej, według Lenormant'a[7]), Krönlem i Wallas. Tak Krönlem, Schumacher mieli 4 śmierci na 31 operacyj, raków ust i gardła, w Vallas zaś 8 zejść śmiertelnych na 29 operacyj. Jeżeli do tego dodamy że w 19,3% przypadków, według Kobylińskiego następuje odnowienie guza, że w przeszło 10% przypadków, występuje mniej lub więcej złośliwe powikłanie zakażeniem pooperacyjnem, to musimy poddać rewizji nasze dotychczasowe postępowanie w przypadkach polipów młodzieńczych i starać się opracować i ustalić wskazania i przeciwskazania co do zabiegów jakie należy przedsiębrać.

Na podstawie własnych 16-tu przypadków uważałbym za możliwe ustalić co następuje:

Chłopców poniżej lat 18-tu zwłaszcza wycieńczonych i osłabionych częstemi krwotokami z nosa operować nie wolno. Zniszczenie guzów w tych razach możliwe jest drogą elektrolizy, którą należy powtarzać 3 razy na tydzień używając prądów o natężeniu dochodzącym do 100 a nawet więcej miliamperów. Dopiero kiedy stan chorych się poprawi, można resztki zwykle z bardzo nieznacznem krwawieniem usunąć zapomocą zimnej pętli lub odpowiednich kleszczy. W tych razach należałoby również spróbować naświetlań radowych, które w przypadkach Aboulker'a (patrz wspomnianą pracę Sebilean) i innych dały doskonałe wyniki*).

3. **Operować można tylko młodzieńców powyżej lat 18-tu zupełnie zdrowych nie osłabionych krwotokami których krzepliwość pozostaje w granicach normy.**

4. Młodzieńcy powyżej lat 18-tu cierpiący na częste i obfite krwotoki powinni być poddani badaniu na krzepliwość krwi i w razie stwierdzenia krzepliwości zwolnionej powinni być leczeni naświetlaniem promieniami Roentgena oraz poddani kuracji wzmacniającej z dodatkiem soli żelaza i wapnia. Dopiero po poprawieniu stanu ogólnego chorych wolno przystąpić do operacji, którą winna wszakże poprzedzać elektroliza lub zastrzykiwanie do tkanki guza 90% alkoholu. W ten sposób uda się nam zniszczyć znaczną część naczyń krwionośnych i krwawienie podczas operacji doprowadzić do minimum. Co się tyczy samej operacji, to w zupełności należy uznać za słuszny pogląd Sebileau który żąda, ażeby przystępować do operacji, stworzywszy sobie do guza doskonały dostęp czy to od strony gardła czy też od strony nosa. Od strony gardła bardzo dobry dostęp wytwarzamy sobie, odciągając podniebienie miękkie całą siłą ku przodowi za pomocą odciągacza podniebiennego M. Schmidta lub Hoffmanna. Przecięcie podniebienia miękkiego w linji środkowej, jak to wielu chirurgów czyni w ogromnej większości przypadków jest zupełnie zbyteczne.

Ze strony nosa najlepszy dostęp stwarza operacja Moure'a i Denker'a. Pierwsza daje dostęp bardzo szeroki, ale pozostawia bliznę na twarzy. Druga połączona jest z pewnemi trudnościami spowodowanemi potrzebą odciągania skóry i mięśni warg i policzka. Ażeby dostęp był zupełnie dogodny, nie należy żałować kości, usunąć na znacznej przestrzeni wyrostek skroniowy kości szczękowej, tak żebyśmy łatwo widzieli guz i mogli go z łatwością dosięgnąć palcami. Do usunięcia najlepiej nadają się mocne kleszcze typu Jurasz'a Escat'a, Laurens'a oraz pętla mocna gorąca lub zimna zwłaszcza ta, którą zaleca Sebileau. Doskonałe są również duże i mocne konchotomy typu Hartmann'a któremi guz w całości lub w znacznej części odciąć możemy. Inne i. złożone operacje jak podana przez Partsch'a, Kocher'a i inn. pomimo zachęty ze strony Alonsa[8]) uważam za zbyteczne i nie dające się usprawiedliwić, gdyż nie stwarzają lepszego dostępu do guza od operacji Moure'a i Denker'a. Również za zbyteczne uważam podwiązanie jednej a nawet obu tętnic zewnętrznych jak to uczynił Alonso, w przypadkach bowiem, gdzie organizm już został wyniszczony krwotokami i gdzie istnieje groźba wielkiego krwotoku podczas operacji podwiązanie takie całkowicie krwotoku nie usunie, gdzie zaś krwawienie może być niewielkie bez podwiązania tembardziej obyć się można. Co do przypadku Alonsa zaznaczyć należy, że guz był jak to widać z mikrofotografji ubogi w naczynia i że tu bez podwiązania tętnic zewnętrznych prawdopodobnie krwawienie byłoby bardzo nie-

*) Od tej zasady ogólnej można zrobić wyjątek tylko w przypadkach włókniaków słabo unaczynionych spotykanych, jak twierdzi Sebileau, przeważnie u kobiet i zwanych przez niego febroidami. Włókniaki takie są nadzwyczaj twarde i bardzo nieznacznie krwawią podczas operacji. Opisali ją między innymi Ferreri, Alonso. O takich włókniakach wspomina Bilroth nazywając je »blutärmste Geschwülste«. Jeden taki przypadek u chłopca 14-letniego operowałem sam w roku 1917 nie mogę więc przyjąć poglądu Sebileau, że febroidy zdarzają się tylko u kobiet.

znaczne. Potwierdza to nasze przypuszczenie ta okoliczność że branie do badania kawałków guza, który był nadzwyczaj twardy, nie dawało wcale uwagi godnego krwawienia (przynajmniej autor zupełnie o krwawieniu nie wspomina).

Bardzo ważną jest sprawa znieczulania, od niej bowiem w znacznej mierze zależy wynik operacji. Za idealne znieczulenie uważać należy, kiedy chory zupełnie nie odczuwa bólu, kiedy znajduje się przytem w stanie uśpienia niezupełnego, tak że jest w możności odpluwać krew i nie dopuszcza jej do dróg oddechowych. Jednocześnie ważnem jest bardzo, ażeby napełnienie krwią guza i tkanek było jak najmniejsze. Do takiego wyniku możemy dojść tylko drogą znieczulenia mięszanego. W mojej klinice w przypadkach operacji w jamie nosowej i nosowo-gardłowej od niejakiego czasu stosujemy metodę mieszaną: na godzinę przed operacją zastrzykujemy choremu 1—2 cm morfiny: przed ułożeniem chorego na stole operacyjnym wlewamy choremu do kiszki stolcowej od 50 do 100 cm^3 stosownie do wieku, mieszanki eteru z oliwą w równych częściach i ułożywszy chorego na stole operacyjnym dajemy mu eteru dopóki nie zaśnie, co zwykle następuje bardzo szybko, poczem eter zupełnie odstawiamy, a następnie w okolicę cięcia i terenu operacyjnego zastrzykujemy około 20 cm^3 $1^0/_0$ rozczynu nowokainy z adrenaliną Chorzy znieczuleni w ten sposób na ból nie reagują, odruchy ich są znacznie osłabione, lecz nie zniesione: krwawienie przytem bywa znacznie mniejsze aniżeli w zwykłem usypianiu bez miejscowego znieczulenia. Po operacji jamę nosową należy szczelnie zatamponować zapomocą tamponady tylnej nawet wówczas kiedy krwawienie podczas i bezpośrednio po operacji jest niewielkie. W ten sposób uda nam się uniknąć krwotoku następczego, nieraz bardzo mocnego, jak to się zdarzyło w dwóch moich przypadkach, co nie jest bez znaczenia dla dalszych losów chorego. Do tamponowania należy używać gazy jodoformowej lub vioformowej, których działanie hamujące rozwój bakterji niejednokrotnie miałem możność z całą pewnością stwierdzić. Taki tampon należy pozostawić 48 a nawet 72 godz w celu uniknięcia powtórnego krwawienia. W dalszym przebiegu pooperacyjnym nic więcej poza oczyszczaniem nosa i jamy nosowo-gardłowej zapomocą dwa razy dziennie powtarzanego spreju z wody utlenionej czynić nie potrzebujemy.

Piśmiennictwo.

1) Kobyliński. K woprosu o chirurgiczeskom leczeńji polipow osnowańja czerepa. Rozprawa doktorska 1907. — 2) Brock, Karl Beck: Verhandlungen der Versammlung der süddeutschen Aerzte. Würzburg. 1924 r. Folia Otolaryngologica Internat. Zentrbl. Band. 23 H. 1—3. — 3) Szmurło: O tak zwanych polipach nosowo-gardłowych i o ich leczeniu. Sébileau: Considérations sur les fibromes nasopharyngiens, Annales des maladies des oreilles du nez et du larynx. — 4) Gärtner: cyt. według Wolfsohna: Immunität, Immundiagnostik u. aktive Immunisierung im Dienste der chirurgie. Str. 57. — 5) Wolfsohn: loc. cit. str. 57 i 58. — 6) Cyt. według Lenomant: Précis de Pathologie Chirurgicale. Tome II. Str. 565.— Ferreri: Pathogénie des fibromes nasopharungiens. Arch. Internationales de Laryngologie. Sept.-Oct.-Nov.-Dec. 1911. — Allonso; Contribution a l'etude des fibromes du nasopharynx chez la femme. Acta Otolaryngologica Vol. VI. Fasc. 1—2.

Dr. Władysław DOBRZANIECKI, asystent kliniki. Lwów.

Sympatektomja periarterjalna pod względem klinicznym *).

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jana Kazimierza.
Dyrektor: Prof. Dr. Hilary Schramm.

Układ wegetatywny do ostatniej niemal doby stanowił dziedzinę w zupełności niedostępną dla leczenia operacyjnego. Był on bowiem dotychczas prawie że wyłączną domeną internistów i neurologów, którzy opracowali szczegółowo jego nadzwyczaj zawiłą a często dla nas niewytłumaczalną patologję. Objawy jednak ze strony układu wegetatywnego częstokroć wychodziły poza ramy wszystkiego tego, co w myśl naszych dzisiejszych w tej sprawie poglądów zgodnem by było z czynnością nerwu współczulnego i błędnego. I dopiero ostatnie dni że się tak wyrażę i nadzwyczajne wyniki jakie osiągnęli niektórzy autorowie (Jonnesco, Brüning, Kümmel. Kirschner) drogą zabiegów chirurgicznych na układzie wegetatywnym jak również i dane histologiczne, oparte na materjale, uzyskanym operacyjnie, zdają się stwarzać nowe podwaliny pod fizjologję względnie patologję układu wegetatywnego a w każdym razie przeczą temu ścisłemu czynnościowemu i anatomicznemu odgraniczeniu, jakie między układem nerwu współczulnego, a układem nerwu błędnego, według dotychczas obowiązującej tezy istnieć by miało.

Jeden z działów chirurgji układu wegetatywnego kształtującej się obecnie i skrzętnie opracowywanej, stanowi usuwanie przydanki naczyniowej a wraz z nią i włókien współczulnych okołotętniczych. Myśl tę wykorzystaną w celach leczniczych oparł o szersze teoretyczne podstawy i wprowadził do piśmiennictwa przed 10 laty (1914) Leriche pod nazwą sympatektomji periarterjalnej. A chociaż już przedtem spotykamy parę nazwisk, związanych z chirurgją układu współczulnego, to jednak zasługą Leriche'a jest należyte zarówno teoretyczne jak i kliniczne opracowanie podanej przez siebie metody. W czasach wojennych, jak to można wnosić z piśmiennictwa, o metodzie tej zapomniano prawie w zupełności i dopiero od czterech mniej więcej lat rozpoczęto ją stosować szerzej a zwłaszcza w Niemczech. I mimo, że dziś po nadzwyczaj obfitej ilości prac w tej kwestji poglądy nawet co do samej istoty sympatektomji nie zostały uzgodnione, to jednak na podstawie dużej liczby przypadków można już sobie wytworzyć pewne kryterja, odnoszące się do jej działania i następstw.

Co się tyczy spraw chorobowych w których wykonano sympatektomję sposobem Leriche'a, to może nawet wbrew intencjom samego autora skala jej stosowania była bardzo rozległa. I tak usuwano splot współczulny okołotętniczy przy zgorzeli na tle miażdżycy, cukrzycy, odmrożenia, w analogicznych stanach na tle nieznanych nam bliżej spraw infekcyjnych, toksycznych i spastycznych w zaburzeniach naczyniowych o najrozmaitszej etjologji jak przy chorobie Raynaud'a, we wrzodzie dziurawiącym stopy, przy *endarteritis obliterans iuvenilis*, w zarośnięciu tętnicy *(obliteratio)*, po urazach przy bolu piekącym *(causalgia)*, w chromaniu przestankowem, w erytromelalgji, przy bólach głowy o charakterze uporczywej migreny, w obrzękach po zaczopowaniu tętnicy, przy owrzodzeniach troficznych pochodzenia centralnego i obwodowego *(tabes, syringomyelia, paralysis inf.-spin., poliomyelitis, myelitis transversa*, schorzenie ogona końskiego, stany po laminektomji, neuralgje, zranienia nerwów i naczyń, postrzały), w akroparestezjach, w przykurczach odruchowych, przy bólach, obrzękach i owrzodzeniach kikutów poamputacyjnych, w ostrych obrzękach pourazowych z niedowładem czynnościowym kończyn, przy bólach o nieznanej przyczynie, w *keratitis neuroparalitica* w niektórych postaciach zaniku nerwu wzrokowego, w marskości sromu *(krausosis vulvae)*, w całym szeregu schorzeń skórnych *(sclerodermia* względnie *sclerodactylia, dermatitis symmetrica dysmenorrhoica, angiokeratosis, psoriasis, pruritus acrodermatitis atrophicans*, keloidy po oparzeniach, wrzody podudzia, wrzody po odmrożeniu, wrzody roentgenowskie, eczema na tle uszkodzenia nerwu), w przewlekłem zapaleniu szpiku kostnego, w słoniowaciźnie kończyny i narządów płciowych, przy złamaniach kości i gruźlicy chirurgicznej a wreszcie w pewnej modyfikacji przy ropnem zapaleniu pochewek ścięgnistych, przy ciężkich uszkodzeniach tkanek (zmiażdżenie i t. p.) i kontrakturze Dupuytrena — jako zabieg dodatkowy. (Leriche, Brüning, Küttner, Kappis, Duval, Ecot, Kirschner, Payer, Förster, Glatzel, Kreuter, Anschütz, Callander, Tete, Bardon, Cornat, Cristopher, Makai, Abadie, Veillet, Halstead, Philipowicz, Horn, Lemoine, Pels-Leusden, Platon, Enderlen, Stich, Matheis, Seifert, Läwen, Vencken, Guimy, Gundermann, Drevermann, Lick, Lehmann, Węgłowski, Strutyński, Szper, Witkowski, Milko, Sebestyén, Hahn, Ahrens).

Samo zestawienie powyższych stanów chorobowych, w których wykonano sympatektomję, każe nam przypuszczać

*) Na podstawie referatu wygłoszonego na XXI. Zjeździe Chirurgów polskich we Lwowie.

że wskazania do tejże nie są należycie wypracowane i że cała ta sprawa do dziś jeszcze stoi pod znakiem eksperymentów klinicznych. Niemożność bowiem należytego określenia fizjologji i następstw samego zabiegu, mimo obserwacji klinicznych i badań doświadczalnych, stanowi poważną przeszkodę w podaniu zarówno wskazań jak i przeciwwskazań do sympatektomji. Dotychczas bowiem wyosobniono zaledwie kilka stanów chorobowych, w których sympatektomja jest wyraźnie przeciwwskazana. Do tych należą daleko posunięta miażdżyca tętnic, zgorzel na tle cukrzycy lub zakrzepu, zmiany kiłowe naczyń, według niektórych zaś gruźlica chirurgiczna.

Odnośnie do sposobu wykonywania sympatektomji, to poza oryginalną metodą Leriche'a, polegającą jak wiadomo na okrężnem wycięciu manszetu z przydanki naczyniowej o długości 6—8 cm. niektórzy chirurgowie modyfikowali ten zabieg tak, iż skracali długość tego manszetu do 2—3 cm., przy daleko posuniętych zmianach miażdżycowych złuszczali go tylko do połowy obwodu tętnicy (Kreuter), inni wykonywali jej resekcję ażeby w ten sposób przerwać, anatomiczną ciągłość włókien współczulnych okołotętniczych, ostatnio wreszcie Ahrens pod nazwą sympatikolizy periarterjalnej poleca jedynie oddzielenie na tępo przydanki naczyniowej od błony środkowej *(tunica media)*, bez usuwania pierwszej. Sympatektomję wykonywano na dużych pniach naczyniowych jak tętnica udowa, biodrowa wspólna, podbrzuszna, tętnice: szyjna wspólna, zewnętrzna i wewnętrzna, tętnica podobojczykowa, pachowa i ramieniowa. Starano się w ten sposób doprowadzić do wybitnych zmian w krążeniu w obrębie terenu zaopatrywanego prawie że wyłącznie przez dane naczynie. Niekiedy powtarzano sympatektomję na tej samej tętnicy, w pewnych przypadkach kombinowano ją z neurolizą jakoteż przecięciem tylnych korzonków rdzenia (Martel, Robinau).

Jeśli chodzi o bezpośrednie następstwa samego zabiegu na odnośnem naczyniu to prawie wszyscy autorowie stwierdzają zgodnie skurcz tętnicy jakoteż niedokrewność i obniżenie ciepłoty w zakresie danej partji. Stan ten może się utrzymywać według różnych zapodań od 3—36 godzin, później zaś przychodzi okres właściwy leczniczemu działaniu sympatektomji t. j. okres rozszerzenia naczyń, dalej podmiotowo wyczuwalne i przedmiotowo stwierdzone przekrwienie i podwyżka ciepłoty o 1—3°. Kreuter jedynie stoi na stanowisku, że skurcz naczynia po zabiegu utrzymuje się stale a fakt lepszego ukrwienia po pewnym czasie odnosi do powstania krążenia obocznego. W tym okresie występuje często już znaczne polepszenie w podmiotowym stanie tych chorych, których cierpienie przebiega wśród intenzywnego bólu. Kwestja mechanizmu zwężania względnie rozszerzania się naczyń zarówno anatomicznie jak i czynnościowo nie jest dotychczas należycie wyjaśniona. Charakterystycznem jest, że prócz działania ściśle miejscowego ma występować i działanie ogólne jak znikanie ciężkich stanów podrażnienia całego systemu wegetatywnego (Lehman 1). W sprawach wrzodziejących znalazł Kappis znaczne zmniejszenie gronkowców i zupełne zniknięcie *bacill. pseudodyphter.*

W ostatnich miesiącach opisano cały szereg powikłań po sympatektomji, uważanej dotychczas za zabieg zupełnie niewinny i stosowany niekiedy masowo nawet bez wyraźnych wskazań. Powikłania te powstrzymały klinicystów w eksperymentowaniu sympatektomją na szeroką skalę, skłoniły ich do rewizji poglądów w tej sprawie i spowodowały ograniczenie wskazań. Przekonano się bowiem, że przy daleko posuniętej miażdżycy tętnic może przyjść nawet po kilkunastu dniach od chwili wykonania zabiegu do przebicia tętnicy w obrębie części odsłoniętej z przydanki naczyniowej i że w najlepszym razie zabieg pozornie dla chorego zupełnie niewinny może się skończyć podwiązaniem tętnicy względnie odjęciem kończyny. Według niektórych autorów zgorzel ścian tętnicy w odnośnem miejscu możnaby odnieść do zaburzeń odżywczych przy ogólnym niedorozwoju naczyń (Glatzel, Milko). W ostatnim czasie wysunięto znów kwestję zakażenia rany operacyjnej z sąsiednich otwartych dróg chłonnych, będących składnicami drobnoustrojów przy sprawach przebiegających z ropieniem na obwodzie (Kappis, Pels-Leusden, Drevermann, Bayer). Na tem tle przyjść może z jednej strony do nadżarcia ścian naczyń, z drugiej zaś strony ropień okołonaczyniowy może spowodować ucisk na daną tętnicę ze wszystkiemi jego następstwami. Mühsam i Unger wreszcie stwierdzili rzekomy tętniak w miejscu wykonania sympatektomji.

Wyniki ostateczne przedstawiają się bardzo różnolicie. Jedynie Leriche i Brüning rozporządzają pod tym względem pomyślnemi i trwałemi wynikami, co ich zdaniem mają zawdzięczać ścisłym wskazaniom do wykonania sympatektomji jak również i należytej technice. Inni autorowie są pod tym względem mniej szczęśliwi i statystyka tychże tylko w znikomej ilości notuje wyniki względnie trwałe, w olbrzymiej zaś ilości przypadków osiągano jedynie polepszenie przejściowe z częstemi nawrotami.

Przechodząc obecnie do materjału lwowskiej kliniki chirurgicznej postaram się zwrócić uwagę między innemi na te dane w zakresie sympatektomji, z któremi nie spotykałem się w odnośnem piśmiennictwie, jak również podkreślić pewne, stosowane przez nas zabiegi dodatkowe, mające wspomagać działanie usunięcia przydanki naczyniowej.

Skala wskazań do sympatektomji w naszych przypadkach nie była tak rozległą jak to uprawia szkoła niemiecka a zbliżałaby się raczej do szkoły francuskiej względnie do tezy Lerich'a, a więc ograniczała się do tych stanów, w których patogeneza wskazywała na pierwotne schorzenie naczyniowe lub obejmowała te przypadki, gdzie drogą poprawy krążenia spodziewano się usunąć dany stan chorobowy. Rozporządzamy w tym przypadku materjałem, doświadczeniem i obserwacją kliniczną, opierającą się na 25 przypadkach. I tak wykonano sympatektomję w chorobie Raynauda, we wrzodzie dziurawiącym stopy, w zgorzeli na tle miażdżycy, na tle zmian następowych po odmrożeniu, przy analogicznych stanach o podłożu zakaźnem, intoksykacyjnem, przy procesach o nieznanej dla nas przyczynie, przy wrzodach neurotroficznych na tle uszkodzenia dużych pni nerwowych, w twardzinie skóry, w stanach następowych po amputacji a wreszcie przy gruźlicy chirurgicznej.

Zanim przejdę do skreślenia wyników leczniczych, jakie tą drogą osiągnęliśmy, wspomnę jeszcze nieco o klinice sympatektomji, jako mającej pomimo tego czy innego efektu końcowego dla samej sprawy bardzo ważne znaczenie. I tak zwracaliśmy uwagę na:

a) stan i zmiany dużych pni naczyniowych w chwili wykonywania zabiegu (miażdżyca, zrosty z otoczeniem, nieprawidłowy przebieg, niedorozwój, stany zapalne pochewki naczyniowej) jakoteż bezpośrednio po jego ukończeniu,

b) zachowanie się i stan sąsiadujących gruczołów chłonnych i najbliższego otoczenia (powiększenie, ropienie, blizny)

c) przebieg pooperacyjny w zakresie miejsca, objętego danem schorzeniem jak i w samej ranie operacyjnej,

d) zmiany w obrębie terenu zaopatrywanego przez dane naczynie,

e) zmiany w podmiotowym stanie chorego,

f) efekt końcowy sympatektomji i trwałość jej skutków a wreszcie na pewne metody stosowane przez nas w ostatnim czasie w tych przypadkach, gdzie skutek sympatektomji z racji organicznych przyczyn prawie *a priori* skazany był na wynik ujemny.

Co się tyczy sposobu wykonywania sympatektomji to zgodnie z Lerichem wykonywaliśmy ją na dużych tętnicach, w naszej kazuistyce na ramieniowej i udowej jednostronnie, w jednym przypadku obustronnie, usuwając dokładnie przydankę na przestrzeni 8—10 cm.

Wszystkie zabiegi prócz jednego wykonano w znieczuleniu miejscowem przez obstrzykanie, jeśli chodziło o tętnicę ramieniową, w znieczuleniu lędźwiowo-krzyżowem Rodzińskiego, jeśli chodziło o tętnicę udową. Ten drugi sposób, zdaniem naszem, jest bardzo polecenia godny, z jednej bowiem strony skutkiem rozszerzenia naczyń łatwiejszem się staje dokładne usunięcie splotu współczulnego, z drugiej strony staje się widoczniejszym ewentualny efekt zabiegu

w postaci zwężenia, co w pewnych przypadkach może nam dać podstawę do rokowania o jego skuteczności zwłaszcza, że zwężenie obserwowaliśmy nawet w tych przypadkach gdzie oporność ścian naczyniowych wskazywała na rozwinięty proces miażdżycowy, nie mówiąc już o stanach kurczowych naczyń (angjospastycznych) na tle odruchowem czy innem, gdzie wykonanie zabiegu w ten właśnie sposób może mieć decydujące znaczenie dla jego powodzenia.

Co do zmian, jakie stwierdziliśmy w zakresie tętnic przy wykonaniu zabiegu, to w jednym przypadku obserwowaliśmy zrost tętnicy udowej z żyłą, w trzech przypadkach ściany tętnic były twarde w postaci sztywnych rur tak, że tętno słabo względnie wogóle nie było wyczuwalne. Bezpośrednio po usunięciu przydanki, zwykle do kilkunastu sekund, występowało wybitne zmniejszenie światła naczynia w większości przypadków prawie do połowy, w trzech wyżej cytowanych brak tego objawu a wśród nich u jednego osobnika z wybitnie dodatnim odczynem Wassermana, gdzie oględziny pośmiertne wykazały daleko posunięte zmiany kiłowe w układzie naczyniowym.

Omawiając w dalszym ciągu klinikę sympatektomji należy wspomnieć o zachowaniu się dróg chłonnych, których otwarcie przy procesach przebiegających z ropieniem na obwodzie może dać niepożądane powikłania. W naszej kazuistyce obserwowaliśmy dwukrotnie ropienie w obrębie rany operacyjnej, w jednym zaś przypadku gruźlicy chirurgicznej, gdzie skutkiem zserowacenia gruczołu okazała się w czasie zabiegu potrzeba usunięcia go, powstała *lymphorrhea,* utrzymującą się kilka tygodni. Powikłań innych nasze protokoły kliniczne nie notują.

Przejdę teraz do omówienia wyników leczniczych sympatektomji, które dla nas ze względów klinicznych muszą mieć pierwszorzędne znaczenie.

Jednym z bardzo charakterystycznych objawów, jakie w przeważającej ilości przypadków otrzymaliśmy, to ustanie względnie zmniejszenie intenzywności bólów, które przy sprawach odżywczych (troficznych), skurczowych lub zgorzelinowych stanowią dla chorego nieraz sedno cierpienia. Złagodzenie bólów występowało prawie stale w kilka do kilkunastu godzin po zabiegu, w dziesięciu przypadkach bóle ustąpiły na stałe, w niektórych powracały nawet w pierwotnem nasileniu zwłaszcza tam, gdzie szybko postępujące pogorszenie zakończyło się odjęciem kończyny (trzy przypadki w naszej statystyce). W każdym razie na podstawie naszych spostrzeżeń stwierdzić należy zgodnie z L e h m a n e m, że we współczulnym splocie okołonaczyniowym biegną włókna dośrodkowe, przewodzące podniety od zewnątrz. Przez usunięcie tych właśnie podniet dośrodkowych przychodzi niewątpliwie do polepszenia podmiotowego stanu chorych możliwe zaś że i do usunięcia odruchowego skurczu naczyniowego. Przejściowy często stan powyższych objawów należałoby odnieść do procesów wyrównawczych w zakresie przewodnictwa nerwowego, jakie zapewne muszą mieć miejsce zwłaszcza po tak subtelnym zabiegu pod względem anatomicznym, jakim jest sympatektomja.

Drugim bardzo charakterystycznym objawem jest podniesienie żywotności, obniżonej dotychczas, objawiające się szybkiem zmniejszeniem wydzieliny, oczyszczeniem rany, żywem początkowo bujaniem ziarniny i narastaniem naskórka, jeśli chodzi o zmiany odżywcze, a szybkiem odgraniczeniem, jeśli chodzi o sprawy zgorzelinowe. Przy daleko posuniętej miażdżycy zmian analogicznych nie obserwowaliśmy.

Z innych objawów, to zgodnie z naszem pojęciem o działaniu układu współczulnego, stwierdzaliśmy stale przekrwienie i podniesienie ciepłoty miejscowej prócz dwu przypadków, u jednego zaś osobnika z miażdżycą wykazano przedmiotowo po sympatektomji nawet obniżenie ciepłoty w stosunku do kończyny zdrowej.

Idąc dalej za wskazaniem G u n d e r m a n n a zastosowaliśmy sympatektomję w 3-ch przyp. gruźlicy chirurgicznej, realizując w ten sposób myśl, podjętą przed trzema przeszło laty przez zmarłego asystenta naszej kliniki ś. p. C h o m i c k i e g o, któremu nie danem już było zamiaru w czyn wprowadzić. Tu stwierdziliśmy w dwu przypadkach przejściowe polepszenie, w jednym zaś przy daleko posuniętem charłactwie i początkującej skrobjawicy zabieg nie dał żadnego wyniku.

Ogólnie więc oceniając sympatektomję na podstawie naszej kazuistyki i nie wdając się w bliższe jej teoretyczne uzasadnienie należy stwierdzić, że wskazania do tejże należałoby wyraźnie ograniczyć, stosując zabieg w tych przypadkach, gdzie można przypuścić zmiany neurotroficzne i angjospastyczne, przy sprawach zgorzelinowych wykonywać ją tam, gdzie badanie serca, tętna i ciśnienia krwi pozwoli nam stwierdzić stan przedmiażdżycowy, wyraźna bowiem miażdżyca skutkiem zwyrodnienia odnośnych włókien nerwowych *a priori* wyklucza ewentualny dodatni wynik, na co też zwrócił uwagę w jednej z ostatnich swoich prac L e r i c h e, nie mówiąc już o wspomnianych poprzednio innych niebezpieczeństwach zabiegu.

Co się tyczy gruźlicy chirurgicznej, to na podstawie małej ilości przypadków obowiązujących wniosków wyprowadzić nie można, więcej jednak skłaniamy się do tego, że zabieg ten w tej chorobie niema przyszłości.

Na zakończenie chciałem jeszcze wspomnieć o jednym z naszych przypadków przy wrzodzie pięty, powstałym wskutek mechanicznego uszkodzenia nerwu kulszowego, gdzie po podniesieniu żywotności podłoża z pomocą sympatektomji i pobudzeniu bujania ziarniny wykonaliśmy epitelizację ubytku przez wstrzykiwanie gąszczu nabłonkowego sposobem Pels-Leusdena w modyfikacji H i l a r o w i c z a *). Sposób ten, jako znacznie skracający czas leczenia i znakomicie wspomagający wyniki działania sympatektomji, należałoby w tych przypadkach szczególnie polecić.

W ostatnich wreszcie czasach rozpoczęliśmy tam, gdzie sympatektomja zupełnie zawiodła a nawet stan pogorszyła (zgorzel palucha na tle miażdżycy) stosować proteinoterapję z bardzo dobrym wynikiem, wychodząc z założenia, że proteinoterapja ma obniżać napięcie układu współczulnego. Podawaliśmy śródmięśniowo mleko po 0,5 cm^3 w dawkach rosnących. Po pięciu dawkach stan chorego wybitnie się poprawił, bóle ustąpiły, szerząca się zgorzel palucha ograniczyła się do małego ubytku skórnego i chory uleczony opuścił klinikę.

Na podstawie własnej kazuistyki i piśmiennictwa ostatniej doby jedno należy stwierdzić, że kwestja sympatektomji nie jest sprawą zamkniętą. Oprzeć ją można jednak tylko na ścisłej obserwacji klinicznej, badania bowiem na zwierzętach, jak słusznie powiada L e r i c h e i co potwierdzają doświadczenia Wojciechowskiego, Seiferta i Milko, nie dają żadnych obowiązujących wyników, system bowiem naczyniowo-ruchowy zwierząt i ludzi wykazuje tak daleko idące różnice, że z doświadczeń tych nie można wysnuwać obowiązujących wniosków.

Jeśli chodzi o przyszłość sympatektomji to zdaniem L e r i c h e'a dermatologja otwiera przed nią szerokie horyzonty. Również niedomoga gruczołów o wewnętrznem wydzielaniu w okresie przedmiażdżycowym może stać się wdzięcznem polem do jej stosowania. I chociaż sympatektomja periaterjalna pod względem swych wyników nie stanowi w arsenale naszych środków pewnego remedjum, to jednak w niektórych rozpaczliwych przypadkach — jak powiada Latimer C a l l a n d e r — dała polepszenie mimo, iż nie znamy ani patogenezy odnośnego cierpienia ani też sposobu jej działania.

Należałoby jeszcze zaznaczyć, że do zabiegów mniej lub więcej zbliżonych do sympatektomji możnaby zaliczyć wstrzykiwanie alkoholu w przydankę naczyniową *(periarterial injections of alcohol),* sposobem H a n d l e y'a i *»denudation artérielle«* J a b o u l e y'a. Z polskich autorów H i g i e r poważnie konkuruje z L e r i c h e'm zarówno co do idei samego zabiegu jakoteż co do podania wskazań. Pierwszeństwo pomysłu (rok 1901) należy bezwzględnie przypisać H i g i e r o w i.

---

*) Polski Przegląd Chirurg. T. 3. z. 4. 1924 i Polska Gaz. lek. Nr. 47. 1924.

Piśmiennictwo.

1) Ahrens Zbl. f. Ch. 1925 Nr. 1. — 2) Bardon i Mathey. Cornat Journal de Chir. 1924 Nr. 3 t. 23 (ref.). — 3) Bayer. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 17. — 4) Brandenburg. Med. klin. 1924 Nr. 16. — 5) Brüning. Zbl. f. Ch. 1920 Nr. 48, 1921 Nr. 23, Arch. f. kl. Ch. 1921 t. 117, Med. klin. 1923 Nr. 20. — 6) Brüning i Forster. Zbl. f. Chir. 1923 Nr. 25. — 7) Brüning i Stahl. Klin. Wochenschr. 1923 Nr. 28. — 8) Chevassu. Bull. et mem. d. t. Soc. de Chir. 1923 Nr. 32. — 9) Drevermann. Münch. med. Woch. 1923 Nr. 45. — 10) Glaser. Med. Klin. 1924 Nr. 15. — 11) Glatzel. P. Gaz. lek. 1923 Nr. 28. — 12) Gundermann. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 9. — 13) Haberland. A. f. Kl. Ch. 1924 132/4. — 14) Hahn. Zbl. f. Ch. 1925 Nr. 1. — 12) Halstead i Cristopher. Journ. de Ch. 1923 t. 21 Nr. 6. — 16) Hartenberg. Presse mèdic. 1921 Nr. 93. — 17) Higier. P. Gaz. lek. 1922 Nr. 50 i 1923 Nr. 49. — 18) Hohlbaum. Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Ch. 1923 t. 37/2. — 19) Horn. Zbl. f. Ch 1923 Nr. 21. — 20) Kappis. Klin. Wochenschr. 1922 Nr. 52, 1923 Nr. 31. — 21) Kreuter. Zbl. f. Ch. 1923 Nr. 46,47. — 22) Kümmel. Jr. Zbl. f. Ch. 1923 Nr. 38. — 23) Latimer Gallander. Ann. of Surgery 1923 t. 77/1. — 24) Läven. Münch. med. W. 1924 Nr. 7, Zbl. f. Ch. 1923 Nr. 35. — 25) Lehmann. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 16 — 26) Lehmann. E. Ann. of Surgery 1923 t. 77/1. — 27) Leriche. Presse méd. 1922 Nr. 102, Journ. de Ch. 1923 t. 22/4 (ref.) i 1924 t. 23/3 (ref.) Bull. et mém. d. l. Soc. de Ch. 19 3 Nr. 33. — 28) Leriche i Haour Presse méd. 1921 Nr. 86. — 29) Lick. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 9. — 30) Makai. Zbl. f. Ch. 1923 Nr. 25. — 31) Matheis. Zbl. f. Ch. 1923 Nr. 8. — 32) Milko. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 11a. — 33) Orzechowski. Medyc. społ. i dośw. 1924 t. 3, z. 3—4. — 34) Pels Leusden. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 6. - 35) Philipowicz. Zbl. f. Ch. 1923 Nr. 21. — 36) Rieder. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 31. — 37) Sebestyén. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 46. — 38) Seifert. Arch. f. Kl. Ch. 1922 t. 122/1. - 39) Singer. Med. Kl. 1923 Nr. 13. — 40) Sochański. Pol. Gaz. lek. 1923 Nr. 5. — 41) Staemmler. D. med. Woch. 1924 Nr. 15. — 42) Strutyński. Pol. Przegl. Ch. 1924 t. 3-4. — 43) Szper ibid. — 44) Tête. Jour. de Ch. 1923 t. 21, Nr. 4. — 45) Volkmann. Zbl. f. Ch. 1924 Nr. 18. — 46) Węgłowski. Pol. Przegl. Chir. 1924 t. 3/4. — 47) Wiedhopf. Bruns Beitr. 1924 t. 130/2. — 48) Witkowski. Pol. Przegl. Chir. 1924 t. 3/4. — 49) Wojciechowski. P. Gaz. lek. 1922 Nr. 42.

Z praktyki.

Dr. H. KRYSZEK. Łódź.

Cebulka ostrawki pomorskiej *).

W lecznictwie zaburzeń sercowych panuje pewna monotonja; lecznictwo sercowe sprowadza się przeważnie do naparstnicy, wymagającej, co prawda, indywidualnego, a dodajmy i niepewnego, dawkowania. Stąd — uprawnienie i bliższego poznania i stosowania cebulki ostrawki pomorskiej, *Scilla maritima*.

Rynek leczniczy jest wprawdzie obecnie zasypywany wielką ilością przetworów sercowych, którym, fabrykująca je firma przypisuje jak najskuteczniejsze działanie lecznicze; w istocie jednak wszystkie te leki, którym na imię legion, są, niezależnie od swej nazwy i postaci, odmianą dwóch zasadniczych typów: liści czerwonej naparstnicy i strofantyny.

O ile w naparstnicy posiadamy prototyp powolnie działającego leku, który daje przy systematycznem stosowaniu rękojmię leku skutecznego, o tyle są strofantyny prototypem leku szybko działającego, mogącego dać w odpowiednich przypadkach natychmiastowy, aczkolwiek zbyt często, przejściowy wynik. Z budowy farmakologicznej i sposobów zadziałania wynika już, że przetwory naparstnicowe nadają się przeważnie do stosowania wewnętrznego, strofantyny zaś — do wśródżylnego.

Cebula ostrawki pomorskiej, jest jednym z najstarszych leków, przekazanych nam przez historję medycyny, a bodaj czy nie najstarszym lekiem sercowym wogóle.

Cebula ostrawki pomorskiej, z rodziny liljowatych liliacea rośnie głównie w krajach położonych dookoła morza śródziemnego. Ongiś czczona, jako roślina święta, w specjalnej świątyni na Peluzji i głęboko poważana przez wiarę, jaką w nią pokładał Hippokrates, była cebula o. p. przez długie stulecia jednem z najznakomitszych *mucium incidens et resolvens*« i była nierozłącznym składnikiem »*acria diuretica*«, a więc tych leków, które, według starych farmakopej »przez swe szczególnie mocne działanie i zwiększenie wydzielania moczu od wszelkich innych leków się wyróżniają«.

Po tym okresie chwały środek ten został zapomniany i zaniedbany. W połowie XVI. stulecia (1534) spotykamy, podług słownika nazwisk zoologicznych i botanicznych Erazma Majewskiego (z roku 1898) polski termin cebula (względnie cebula) zamorska, ustalony przez Falimierza. Przywrócona do praw swoich zostaje cebula o. p. w połowie XVIII. stulecia przez van Swietena, reformatora wiedeńskiej szkoły klinicznej. Wnet poleca jednak whiterinę (1785) liście naparstnicy, jako lek przeciwko obrzękowi, wobec czego znowu zostaje zachwiana wiara w cebulę o. p. W każdym bądź razie jeszcze w połowie zeszłego stulecia oba te leki dorównują sobie w popularności. Ówczesna szkoła empiryczna nie miała wątpliwości, że skutek leczniczy przy stosowaniu obydwu tych leków był niezmiernie podobny.

Tu jednak znowu zaczyna się zmierzch *Scillae maritimae*. Badania doświadczalne były całkowicie poświęcone działaniu naparstnicy. Z drugiej zaś strony — spostrzegane objawy uboczne (mdłości, wymioty, zapalenia skóry) sprawiły, że lek ten znowu popadł w zapomnienie.

O leku tym nie znalazłem żadnej wzmianki w podręczniku Gottlieba i Meyera (z r. 1916); nie wspomina o nim i Poulsson w swej farmakologji. Pisek w swej terapji chorób serca i naczyń« z r. 1899, w krótkim ustępie, poświęconym Scillae powiada wprawdzie, »że jest może jednym z tych leków moczopędnych, które niesłusznie małe znajdują zastosowanie«; nadmienia jednak, że »najczęściej wszakże używa się octomiodu (*oxymel scillae*)«. Tak samo i Romberg w podręczniku chorób sercowych z r. 1921 wspomina tylko, że Mendel ten mało stosowany lek gorąco poleca.

To też w ostatnich czasach — za wyjątkiem Ameryki, częściowo i Anglji, w której przyjęła się nalewka cebulowa, *Tra acillae* — stosowana była Scilla co najwyżej, jako adiuvans w rozmaitych mieszankach moczopędnych, wykrztuśnych i wymiotnych, lub też, jako wspomniane już *Oxymel Scillae* lub *Acetum Scillae*. Lub też była stosowana, jako trucizna na szczury. Szczegół ten świadczy poniekąd o jej zaniedbaniu w lecznictwie; jest jednak biologicznie ciekawy ze względu na to, że właśnie szczury należą wyjątkowo do zwierząt odpornych na trujące działanie naparstnicy.

Mendel w r. 1918 był pierwszym, który świadomie i systematycznie stosował cebulę o. p. Opierając się na dobrych wynikach, osiąganych przy leczeniu, zwłaszcza tych przypadków, które były odporne na naparstnicę, stworzył on sobie teorję swoistego działania cebuli na fazę rozkurczową mięśnia sercowego.

Dla racjonalnego postawienia lecznictwa jest rzeczą niezbędną ustalenie części składowych danego leku i ilościowe jego składników czynnych. Obie te luki zostały ostatnio w znacznej mierze wypełnione. A więc obok wyodrębnionych glikozydów sercowych, jakimi są Scillitoksyna, bezkształtny, częściowo krystaliczny, gorzki proszek, wyodrębniony przez Mercka: Scillina, krystaliczna, w nieznacznych ilościach; Scillipikrina, o innem znowu zachowaniu się wobec kwasów, Scillaina, zbliżona do scillotoksyny; wreszcie ostatnio wyodrębniony czysty glikozyd, *Scillaren* — cebula o. p. zawiera jeszcze lewoskrętny wodan węgla, Sinistrynę, w dużych ilościach; z tego względu używa się po dziś dzień w Grecji Scillę dla celów fermentacyjnych. Poza wodanem węgla znajdują się w Scilla jeszcze ślady kofeiny i większe ilości śluzu, obok różnych lotnych, drażniących substancji; wreszcie duże ilości igieł krystalicznych, składających się ze szczawianu wapnia. Te właśnie substancje mogą być przyczyną nieprzyjemnych niekiedy ubocznych działań. W nowym przetworze, Scillikardynie, są składniki te usunięte.

Dla ilościowego mianowania najbardziej nadaje się scillaren. Już Mendel później Markwalder stwierdzili, że w 1 kg, suchej substancji ze świeżo spreparowanego *Bulbus Scillae* znajduje się 8.000 dawek żabich. Dla porównania = liście naparstnicy pochodzenia polskiego, zebrane i suszone według wskazówek Modrakowskiego i Sikorskiego

*) Według odczytu, wygłoszonego w Tow. lekarsklem łódzkiem w dn. 5. XI. 1924 r.

przez Mag. Klave (P. G. L. Nr. 26. r. 1923), zawierają w 1. kg. dawek żabich 2000. Pod żabią — dawką należy ozumieć czysto indywidualny, bezpośredni wskaźnik, który określa funkcję danego leku. Nie można wcale ze sobą porównywać tych 8 i 2 tysięcy żabich dawek. Okazało się bowiem, że czułość żab na wyciąg liści naparstnicy i różne czyste glikozydy nie przebiega równolegle (Modrakowski); może istnieć u jednych i tych samych żab n, p. zwiększona czułość wobec strofantyny, lub n. p. cebuli o. p., a zmniejszona wobec wyciągu liści naparstnicy. Z cyfr tych wynika jednak, że cebula o. p. zawiera glikozydy roślinne. Z metod stosowanych przy przeróbce rośliny, wynika m. i., że czynne w niej substancje są stosunkowo trwałe wobec metod suszenia i wyciągów; jak wiadomo, odwrotnie zachowuje się naparstnica.

Z wysokości miana żabiego nie wynika, oczywiście, wysokość dawki leczniczej w praktyce. Cloetta i jego szkoła oddawna, a Focke ostatnio zwracają uwagę na niewspółmierność, zachodzącą pomiędzy zdrowemi sercami zimnokrwistych, a chorem ludzkiem sercem. Doświadczenie na chorych ludziach poucza, że dla uzyskania wyniku leczniczego należy stosować cebulę o. p. w znacznie większych dawkach, niż naparstnicę.

Mendel wyróżnił w klinice te typy schorzeń sercowych, w których leczenie naparstnicowe, w umiejętnej dawce i postaci stosowane, nie odnosiło skutku leczniczego. Przy tej analizie należy wykluczyć, oczywiście, te przypadki, w których schorzenie mięśnia sercowego jest tak dalece posunięte, że wystąpienie jakiejkolwiekbądź poprawy pod wpływem środków farmakologicznych jest z góry wykluczone.

Pomimo wielu opracowanych prób czynnościowych sprawności serca, najpewniejszą pozostaje, zwłaszcza u łoża chorego, szczegółowo zebrany wywiad i wyraz każdorazowego przystosowania się do danych warunków.

Uderza jednak, że w pewnych, dość określonych, zaburzeniach wyrównania działanie naparstnicy zawodzi — pomimo pierwotnego zdania Mendla zawodzi w nich częstokroć i cebula o. p

Do takich zaburzeń wyrównania należą: niedomykalność zastawek tętnicy głównej, ciężki stopień zwężenia zastawki dwudzielnej i niedomoga mięśnia sercowego przy rozedmie płuc, przy skrzywieniu kręgosłupa. Wyjaśnienia sprowadzają się do ogólnikowych tez, w rodzaju wspomnianego już wyżej obniżenia siły mięśniowej serca, lub odosobnionej niedomogi bądź lewej, bądź prawej komory.

Pod innym nieco kątem widzenia chce w tych przypadkach właśnie stosować cebulę o. p. Mendel. Sprowadza on działanie cebuli do wydatnego zadziałania na fazę rozkurczową, na jej pogłębienie i przedłużenie. Jenny wykazał elektrokardjograficznie wzmocnienie skurczu przedsionkowego (powiększenie fali przedskurczowej) pod wpływem cebuli o. p. Zaś Grünwald stwierdził, że dodanie do płynu Ringerowskiego wapnia, który wzmacnia działanie n. p. strofantyny, pozostaje bez wpływu na Scillaren (wapń, jak wiadomo, jest uczulaczem układu współczulnego, pod wpływem, którego znajduje się faza skurczowa, podczas gdy potas panuje nad fazą rozkurczową). Wynika z tego bądź co bądź, że nie wszystkie ciała o »charakterze naparstnicowym« wolno jednakowo traktować.

Od przeszło dwu lat stosujemy na oddziale szpitalnym cebulę o. p. Stosowaliśmy ją w 28 przypadkach; pozatem w blisko 15 przypadkach stosowaliśmy ją i poza szpitalem, częstokroć z kontrolą szpitalną. Przypadki szpitalne składały się z niedomykalności zastawek tętnicy głównej — sześć; przyczem cztery z pierwszem niewyrównaniem, dwa z powtórnem; połowę przypadków (3) stanowiły niedomykalności na tle kiłowem; 10 przypadków schorzeń zastawki dwudzielnej, z których w sześciu przeważała, względnie występowała wyłącznie sprawa zwężeniowa; sześć przypadków schorzenia mięśnia sercowego przy rozedmie płuc; pięć przypadków schorzenia mięśnia sercowego na tle miażdżycy; jeden przypadek — przy skrzywieniu kręgosłupa. W 19 przypadkach chorzy wyszli ze szpitala z poprawą, wyrównani.

Omijając w tem miejscu przytaczanie poszczególnych historji chorobowych, podajemy sposób postępowania i uczynione przytem spostrzeżenia:

1. stosowaliśmy cebulę o. p. w opłatkach, jako *Pulv. bulb. Scillae* po 0.3 trzy razy dziennie. Od naparu, po krótkim czasie prób, odstąpiliśmy;

2. u chorych naszych, przed zastosowaniem cebuli o. p. wyczekiwaliśmy przez dwa dni działania wypoczynku, łóżka i diety, stosując lek obojętny. Chyba, że ciężkość schorzenia wymagała natychmiastowej interwencji. W tych przypadkach stosowaliśmy, współcześnie novasurol ze strofantyną; po usunięciu groźnych dla życia objawów przechodziliśmy do cebuli o. p.;

3. w dwóch zaledwie przypadkach słyszeliśmy od chorych o dolegliwościach żołądkowych, jak mdłościach, odbijaniach, gorzkim smaku w ustach; w przypadkach tych odstawiliśmy cebulę o. p.;

4. w dwa, do trzech dni po zastosowaniu cebuli o. p. spostrzegaliśmy zwiększoną diurezę, a częstokroć i zwolnienie tętna. Przypadki, które w ten sposób nie reagowały, z góry zaliczaliśmy do dających ciężkie rokowanie;

5. po 10—14 dniach spostrzegaliśmy w większości przypadków, aczkolwiek często nieznaczne zwiększenie amplitudy ciśnień (*Pressio pulsus*); nie dotyczyło ono przypadków niedomykalności zastawek tętnicy głównej. Ten sam objaw spostrzegaliśmy jednak w tym samym stosunku i w przypadkach stosowania naparstnicy;

6. w odróżnieniu od innych autorów nie spostrzegaliśmy w przypadkach wyraźnej poprawy krążenia podniesienia ciśnienia skurczowego. Widocznie pewną rolę odgrywają w tych przypadkach, analogicznie zresztą do naparstnicy, wpływy naczyniowe (naczynia nerek, jelit i t. p.);

7. stosunkowo najkorzystniejsze wyniki osiągaliśmy w przypadkach zwyrodnienia mięśnia sercowego wskutek rozedmy i w schorzeniach tętnicy głównej.

8. z ilością stosowanej cebuli dochodziliśmy do 1,20—1,50, stosując codziennie 3 razy po 0.3; poczem, dla utrwalenia osiągniętego wyniku, stosowaliśmy tygodniami, a nieraz i miesiącami dawki 2 razy dziennie po 0.3; niekiedy raz dziennie;

9. ani razu nie spostrzegaliśmy objawów działania zbiorowego (kumulacje);

10. w żadnym przypadku kontrola moczu nie wykazała objawów podrażnienia nerkowego;

11. wreszcie, w ostatnich czasach zaczęliśmy stosować kombinowane leczenie Scillo-Chinidynowe w przypadkach niemiarowości stałej (*A. perpetua)*, towarzyszącej zwyrodnieniu mięśnia sercowego. Mackenzie niejednokrotnie tę metodę w tej najczęstszej zresztą postaci niemiarowości zachwalał. Niewielka ilość dotychczasowych spostrzeżeń wydaje się być zachęcającą.

Dr. Józef BRATTER. Lwów.

Uwagi o nowoczesnem leczeniu ostrych chorób zakaźnych.

Pawilony zakaźne.
Prymarjusz: Dr. W. Arnold.

Niektóre zdobycze nowoczesnej terapji może za prędko zostały spopularyzowane. Zdarzało nam się nieraz, że rodzina przywiózłszy przypadek płonicy, prosiła o natychmiastowe wykonanie »zastrzykiwania« (rozumiejąc przez to wyrażenie zastrzyk surowicy). Jeden z kolegów-praktyków zapewniał mię, znów, że w każdym przypadku szkarlatyny »wali« propidon; a autohemoterapja ma już wcale poważny urok w praktyce prywatnej.

Nie od rzeczy zatem będzie, jeśli przy zestawieniu naszej statystyki za ostatnie półrocze podamy i nasze wyniki odnoszące się do sero-bakterjo- i proteinoterapji.

Od 1. XI. 1924 do 1. V. 1925 leczono u nas zwyż 500 przypadków; z tego przypada na płonicę 228, na dur brzuszny 85, dur plamisty 16, reszta na błonicę, czerwonkę, wiatrówkę, zapalenie opon mózgowych nagminne i t. d.

Z góry muszę zaznaczyć, że leczenie w większości przypadków nie było »modne«, daje się ono wyrazić trzema terminami: odżywianie, kąpiel, *cardiaca*. Nawet przy nagminnem zapaleniu opon nie stosowano u nas surowicy, przyjętej gdzieindziej za ściśle swoistą i niezawodną; kąpiel gorąca (32—33° C°) i 10% maść guajakolowa (leczenie napotne Arnolda) dały nam wyniki niegorsze, niż innym leczenie surowicą.

Co się tyczy płonicy, to na 228 chorych mieliśmy 9 przypadków śmierci; rzecz dziwna, może raczej smutna, że pięć z tych 9 przypadków było leczonych surowicą przeciwpłoniczą. Prawda, przypadki były ciężkie: ale cięższe, które surowicy nie dostały kończyły się nieraz pomyślnie. Wyłania się zatem kwestja, czy surowica w tych przypadkach nie wywarła ujemnego wpływu na przebieg choroby. Należy bowiem uwzględnić, że t. zw. specyficzna surowica przeciwpłonicza jest surowicą antistreptokokkową — jeśli to wogóle możliwe, bo kokki nie dają przecie odporności; surowica zaś ozdrowieńców miałaby też wtedy tylko wartość, gdyby *virus* płoniczy działał ektotoksycznie, a nie jak D e g k w i t z twierdzi endotoksycznie. D e g k w i t z w 8 przypadkach ciężkiej płonicy nie otrzymał surowicą ozdrowieńców (50—60 cm³) poważniejszego efektu leczniczego; możnaby zatem wnioskować że swoista odporność ozdrowieńców płoniczych polega na zmianach raczej w chemizmie komórek i że surowica ich nie zawiera specyficznych anticiał. Nawiasowo warto zwrócić uwagę na sprzeczność, jaką autor ten popełnia, stosując właśnie surowicę ozdrowieńców płoniczych jako środek zapobiegawczy przeciw szkarlatynie (S. R. S.), przyczem w 800 przypadkach zagrożonych szkarlatyną miał wynik zadowalający. Prawda, doświadczenie jego miałoby może więcej walorów przekonywujących, gdyby był w 200 przypadkach wstrzyknął surowicę normalną, w 200 jakiekolwiek ciało białkowe, w 200 surowicę ozdrowieńców, a 200 pozostawił zagrożonych bez zastrzyku; bo nie da się wykluczyć, że w jego eksperymencie działała surowica jako taka i że chwilowa odporność mogła być tylko odczynem na obce białko.

Proteinoterapja jako środek zapobiegawczy jest prawdopodobnie rzeczą nieszkodliwą; ale czy niema ujemnego wpływu na przebieg choroby zakaźnej w okresie nawału.

Wedle R. S c h m i d t a wchodzą w zakres leczenia proteinowego chroniczne procesy zapalne, nieprawidłowe stany spastyczne i wydzielnicze. S o r g o, G o t t s c h a l k i inni wyrażają się ujemnie o stosowaniu białką drogą pozajelitową w ostrych chorobach zakaźnych. Uzasadnienie jest zresztą jasne: proteinoterapja przemienia zapalenie podostre lub przewlekłe w ostre; jakiż może ona mieć cel w stanie zapalnym właśnie ostrym? Przy tem nie należy zapominać, że odczyn na obce białko składa się z dwu faz, z których pierwsza obniża zdolność obronną ustroju (leukopenja, zahamowanie przemiany materji i t. d.). Należałoby uwzględnić, czy ten okres niekorzystny nie uszkadza ustroju, wyprowadzonego podczas choroby zakaźnej z równowagi, w takim stopniu, że nie zdobywa się już w całej pełni na fazę drugą, którą chcemy zabiegiem wywołać.

Rozumowanie powyższe odnosi się — rzecz prosta — też do autohemoterapji, którą stosowano u nas na oddziale w kilkunastu przypadkach duru brzusznego (leczonych ogółem 85, exitus w 6 przypadkach); skracania przebiegu duru przytem nie zauważono, w jednym przypadku natomiast mimo (czy tylko mimo?) autohemo były 3 nawroty.

I jeszcze jeden dział — może zbyt często stosowany, i to znów przedewszystkiem przy płonicy; jest nim bakterjoterapja. Jedni (S z o n t a g h) uważając łańcuszkowca za drobnoustrój wywołujący szkarlatynę stosują protoplazmę bakteryjną już w pierwszych dniach choroby; inni znów chcą w ten sposób zadziałać na komplikacje płonicze (sprawy gruczołowe) odnosząc wystąpienie tychże zawsze do infekcji mięszanej. Pierwszym powtórzę uwagę D e g k w i t z a: schorzenia kokkowe nie pozostawiają odporności, szkarlatyna zaś wybitne; dla drugich przytaczam doświadczenia S o r g i, wedle których szczepionki streptokokkowe często zawodzą, nawet przy infekcji napewno mięszanej (streptokokkowej); zdarza się natomiast w niektórych przypadkach takiejże infekcji, iż dobre wyniki osiąga się przy pomocy szczepionki tyfusowej! Wyniki bakterjoterapeutyczne zresztą B e u m e r'a, P e i p e r'a, P e t r u s z k y w ostrych chorobach zakaźnych wypadły zupełnie ujemnie; nielepsze doświadczenia w tym kierunku zrobili też K o l l e i H e t s c h

Bakterjoterapję stosowaliśmy ponadto we formie bakterjofagów swoistych przeciw durowi brzusznemu — niestety tylko w dwu przypadkach; to »niestety« odnosi się nie do ilości przypadków, tylko do faktu stosowania. Bo po zastrzyku w przypadku pierwszym nastąpił krwotok jelitowy, *peritonitis perforativa i exitus* (1 ampułka wśródmięśniowo), w drugim ($^1/_5$ amp. wśródmięśniowo, reszta w ciągu dnia *per os*) — na szczęście — tylko krwotok; zrozumiałą jest rzeczą, że z dalszych doświadczeń zrezygnowaliśmy.

I dziś, po skąpych, ale mało zachęcających wynikach z terapją »nowoczesną«, dominującemi u nas momentami leczniczemi we wszystkich ostrych chorobach zakaźnych — z wyjątkiem błonicy — są nadal: odżywianie, kąpiel i *cardiaca*.

Fejleton.

Dr. POZERSKI. Paryż.
(Eduard de Pomian).

Nauka o gotowaniu.

Przed 20-tu laty jeszcze mało higieniści zajmowali się tem, co się je. Lekarze przepisywali temu lub owemu choremu taką lub inną dietę, która miała jego chorobę złagodzić i to było całe wtargnięcie wiedzy w sztukę jedzenia. Następnie przyszła era dynamistów. Porównywano organizm ludzki do motoru, który produkuje pracę i energję. Aby zaopatrzyć się w swą wydajność, motor ludzki czerpał swą energję z pożywienia. Stawiano cyfry, które są chlubą umysłu twórczego człowieka. Wykazywano, że organizm traci całą energję, którą czerpie z pożywienia i obliczano ją doświadczalnie w kalorymetrji. Dochodzi się wreszcie do ustanowienia dokładnej ilości spalanych środków, w które trzeba zaopatrzyć organizm. Sporządzono tablice równoważnika żywności, na których można odczytać naprzykład wagę ryżu, którą należy skonsumować, aby zastąpić pewną ilość fasoli. Te duże ilości izodynamiczne materji dostarczonej organizmowi dają tę samą ilość kaloryj. Lecz te cudowne dane teoretyków nie dają się nieraz zastosować w praktyce. Faktem jest, że w koszarach we Francji żołnierze jedzą chętnie fasolę a zostawiają zawsze ryż. Mamy więc oto przykład, gdzie zwyczajna racja ryżu nie jest izodynamiczną z racją fasoli. Tymczasem gdyby zamiast podawać ryż pod postacią nieprzyjemnej do jedzenia papki, podano przygotowany na sposób wschodni t. j. sypki wówczas żołnierze jedzą go z przyjemnością. Racja ryżu staje się izodynamiczną z racją fasoli jedynie tylko przez sposób przyrządzania jej, względnie gotowania. Takie jest znaczenie kuchni w higjenie ogólnej. Tych kilka zdań stwierdza tylko to, co wszyscy wiemy t. j. że człowiek szuka zmiany pożywienia, przyjemnej dla smaku i przez to samo pobudza się do apetytu, który jest kluczem jego dobrego odżywiania się. Większości uroczystych manifestacyj życia towarzyszą tradycyjne uczty, a dom gdzie się dobrze je, jest zawsze pożądany jako oaza szczęścia. Tajemnica dobrego żywienia leży zarówno w jakości dawanych środków spożywczych jakoteż w sposobie ich przyrządzania. Jest przeto zupełnie naturalnem, że trzeba się sztuki gotowania wyuczyć. Do dnia dzisiejszego uczono się gotować, przypatrując się swojej babce lub matce. W ciągu przyglądania się, dziewczynka, potem młoda panna uczy się robić szereg potraw i staje się z kolei przykładem swoim dzieciom.

W naszych czasach warunki życiowe doznały przewrotu. Cisza życia rodzinnego nie istnieje już, jak to było przed 20-tu laty; większość kobiet pracuje, by przynieść do kasy domowej to uzupełnienie któreby pozwoliło zrównoważyć drożyznę życia. Inne znów studjują, by sobie stworzyć stanowisko, któreby im pozwoliło żyć zdala od niepewności mał-

żeństwa. I tak, śpieszą kobiety do fabryk, sklepu i na uniwersytet. W tym wirze postępowym kobieta niema więcej czasu przypatrywać się swojej matce czy babce, ani mieszać sos lub piec pieczeń. Tak więc i gotowanie przechodzi kryzys. Liczne są rodziny, gdzie pani domu ostentacyjnie się przyznaje, że się nie zajmuje tem, co się u niej je. Takie teorje i takie postępowanie daje w rezultacie bezpośrednio złe pożywienie, zarówno z punktu widzenia higjeny jakoteż z punktu widzenia sztuki. Zdrowie rodziny na tem cierpi i jej szczęście także. Jest rzeczą naturalną, że małżonek zaprasza swych przyjaciół poza dom, ponieważ nie może im ofiarować u siebie przyjemnego posiłku. Żona opuszczona może mieć pretensje tylko do samej siebie jeśli chodzi o to chwilowe opuszczenie, które nie może się powtórzyć bez pewnego niebezpieczeństwa dla szczęścia rodzinnego. Jak więc zapobiec takiemu stanowi rzeczy? Przez wykładanie zasad gotowania w szkołach i liceach. Można to uczynić tem więcej, że gotowanie jest sztuką, która jak wszystkie sztuki opiera się na wiedzy, dla której proponuję nazwę, powszechnie już przyjętą t. j. gastrotechnika. Zresztą w ciągu serji lekcyj zasad kulinarnych uczenica nie stanie się doskonałą kucharką, lecz nauczonem okiem będzie umiała się przypatrywać praktycznym wskazówkom swej matki i przez to samo jej wykształcenie znacznie się przyśpieszy. Powinno się nauczyć młode dziewczęta w szkole i liceum, że wykonanie wszystkich przygotowań kulinarnych da się zebrać w sześciu zasadach. Poza temi kuchnia praktyczna zawiera tylko przykłady, które każdy może sobie wyobrazić. Tych 6 zasad jest: gotowanie na wodzie, smażenie na ruszcie, pieczenie, duszenie i zaprawa. Zasady te szeroko rozwijałem w książce, która stała się popularną, nawet u zawodowych kucharzy*).

Gotowanie na wodzie. Zrozumienie tego co się dzieje podczas gotowania na wodzie jest łatwe, gdy się wie, że większość pokarmów zawiera białka. One krzepną w wysokiej ciepłocie. Fakt zanurzania kawałka mięsa w wodzie kipiącej powoduje tworzenie się skorupy skrzepłej nieprzepuszczalnej. Sok mięsny pozostanie w tkankach jeżeli mięso objęte było gorącem.

Inna rzecz, dzieje się, gdy mięso zanurza się w zimnej wodzie, wówczas powoli podnosi się ciepłota aż do wrzenia. Sok mięsny wyjdzie z mięsa przed skrzepnięciem. Mięso to będzie mniej smaczne lecz rosół będzie lepszy. Tak więc stosownie do wyniku, jaki chcemy uzyskać, trzeba będzie zanurzać pokarm bądź w wodzie kipiącej, bądź w zimnej.

Smażenie. Smażenie jest także gotowaniem w płynie t. j. w tłuszczu; ten jednak zamiast osiągnąć temp. 100° — dochodzi do 150°—200° albo 300° według rodzaju używanego tłuszczu. Tu także wywołuje się raptowne skrzepnięcie. To towarzyszy też karmelizowaniu cukru i odwodnieniu powierzchownemu, które nam tłumaczy konsystencję smażonych potraw.

Pieczenie na ruszcie i na rożnie ma na celu zcięcie białka, a następnie powolne gotowanie pod wpływem ognia wolno płonącego pod rusztem lub z boków przy pieczeniu na rożnie. W tych praktykach ma się korzyść całą w przyśpieszeniu wyniku, w szybkiem zcięciu mięsa przez żarliwy ogień. W przeciwnym razie mięso traci swój sok, plazma wylewa się na powierzchnię, sztuka przyrządzana przybierze następnie barwę szarą i spoistość »flakowatą« nieprzyjemną dla oka i w smaku.

Duszenie. Jest to gotowanie w parze t. j. metoda której używano w starej kuchni gotowania na wolnym ogniu. Wywołuje ono wymianę między atmosferą pary, którą nasyca zapachem tymianku, bobkowych liści i pieprzu a zawartością mięsa, które wypuszcza swą plazmę. Czyni się przez ten sposób przyrządzania, mięso smaczne, a sos z zapachem.

Zaprawa. Aby dać płynowi spoistość przyjemną dodaje się bądź mąki, bądź żółtka z jaja i to jest tajemnica zaprawy. Wytłumaczyć uczniowi używanie krochmalu i gęstnienie białka pod wpływem ciepła, to jest dać mu do zrozumienia wszystkie tajemnice sosów. Zasady te raz ustalone wystarczy już tylko stosować. Uczenice mogą to czynić u siebie w domu, pomagając swoim matkom i zasięgając wiadomości w książkach z przepisami. Lecz do tego trzeba znaleźć książkę, której zasady odpowiadają tym danym teoretycznym, które one zdobyły w szkole. Im poświęcając napisałem kodeks dobrego jedzenia, książkę kuchenną, w której są wykluczone przepisy bardzo kosztowne z wielkiej kuchni.

Techniki kulinarnej możnaby nauczać także w uczelniach dla starszych uczenic, gdzie istnieją gospody szkolne. Uczenice mogłyby przyswoić sobie to, co ich profesorowie teoretycznie nauczyli w klasie.

Tych kilka zasad, które mi się na myśl nasunęły i pozwoliły naukę uogólnić, dało mi nadspodziewanie dobre rezultaty w Instytucie higjeny i w »l'Université des Annales«.

* * *

*) Zarys »Dobrze jeść aby dobrze żyć« przez E. Pomian: (gastronomja teoretyczna). 1 Tom. Stron 350 u A. Michel nl. Huyghens 22 Paris. — Praca nagrodzona przez Akad par.

1) Kodeks dobrego jedzenia przez E. de Pomian 700 przepisów prostych, publikowanych pod godłem Société Scientifique d'Hygiène alimentarie.
U A. Michel 22 rue Huyghenes — Paris.

Oceny i sprawozdania.

W. Spalteholz. **Tętnice ścian sercowych.** Str. 165, rys. 46, tabl. 16, Lipsk 1924.

Praca wielkiej wartości, zarówno dla subtelnej metodyki, o czem świadczą tablice (fotografje), jak i dla wyników, któremi autor wzbogaca klinikę.

Część pierwsza jest poświęcona badaniom anatomicznym nad naczyniami wieńcowemi serca. Stosując własną metodę nastrzykania naczyń (barwnemi plastycznemi masami), wykazał autor, że naczynia wieńcowe nie są naczyniami końcowemi, zespalają się one ze sobą blisko powierzchni, tworząc pierwotne i wtórne sieci naczyniowe. Wniosek, którego wartość ocenia się dopiero po zapoznaniu się z przytaczanem piśmiennictwem, pełnem biegunowych sprzeczności, a który to wniosek w nowej płaszczyźnie — już, nie przypadkowych zespoleń naczyniowych — stawia występowanie zawału, a często i śmierci, po zamknięciu światła naczynia wieńcowego.

Badając porównawczo serca niemowląt i dorosłych, upewnia się autor, że napotykany już u niemowląt wężykowaty przebieg naczyń wieńcowych nie jest ani wyrazem przystosowania się do późniejszego rozrostu, ani wyrazem stwardnienia ścian naczyniowych, stwardnienie naczyń powoduje jedynie spotęgowanie tej wężykowatości.

Szczegółowo zostają omówione naczynia przedsionków komór, mięśni brodawkowych i wiązki przewodzącej, z podkreśleniem znaczenia momentów filogenetycznych w rozwoju serca.

Wobec panującego poglądu Amenomija (szkoła Ortha), jakoby mięśnie brodawkowe, w których najczęściej zdarzają się zawały, nie posiadały zespoleń naczyniowych, zostaje dokładnie omówione unaczynienie poszczególnych mięśni brodawkowych i uwidocznione ich, częstokroć szerokie, zespolenia.

Znaczenie pierwszorzędne, jakie dla serca posiada układ przewodnictwa, czyni badania w tym kierunku szczególnie ważnemi. S. wykazuje, że pochodzenie tętniczek różnych odcinków tego układu jest u człowieka bardzo zmienne. Jedynie węzeł Tawary ma stały stosunek do określonego naczynia, *r. septi fibrosi*; gałązka ta pochodzi częściej z prawej tętnicy wieńcowej; może jednak być i gałązką lewej.

Co do węzła zatokowego, to udało się S. stwierdzić zamknięty pierścień naczyniowy, w miejscu ujścia żyły czczej górnej do przedsionka — jedynie w $^1/_3$ części badanych przypadków. Pierścień ten pochodził ówczas w równej mierze z prawej jak i lewej tętnicy wieńcowej, rzadziej — z gałązek obu tętnic.

Z częścią anatomji opisowej wiążą się ściśle działy fizjologiczne:

1) wpływ skurczu mięśniowego na naczynia mięśniowe wogóle, a serca w szczególności, przyczem autor twierdzi, że naczynia wieńcowe bynajmniej nie doznają zwężenia uciskowego w skutek skurczu włókien mięśniowych, lecz odwrot-

nie rozszerzają się w początku skurczu, wyrazem czego skurczowe wzmożenie prądu krwi; i

2) warunki tworzenia się krążenia obocznego, przyczem zostaje omówiony wpływ tak rozmaitych czynników, jakimi są stan mięśnia sercowego; ilość, jakość i ciśnienie krwi; rodzaj łożyska prądu (jego długość, szerokość, gatunek rozgałęzień i stan ścian naczyniowych); stan narządu, w którym zaburzenie zachodzi; ogólny stan ustroju; wreszcie, rola czasu-nagle, czy stopniowo – w jakim zamknięcie światła nastąpiło.

Książka, starannie wydana i bogato ilustrowana jest ciekawa zarówno dla anatoma jak i dla klinicysty.

H. Kryszek (Łódź).

Mayerhofer i Pirquet. **Lexikon der Ernährungskunde.** Rikola-Verlag. Wiedeń. Zeszyt I. stronic 144. Zeszyt II-gi stronic 192.

Książka będąca czemś pośredniem pomiędzy »kucharzem« a chemją fizjologiczną, między botaniką a ogrodnictwem, między zoologją a chowem zwierząt domowych, między medycyną a zaopatrywaniem w żywność, między ekonomiką a zwykłą nauką zakupywania, między nauką o najwłaściwszem odżywianiu jednostki a żywieniem mas, między etnografją a pospolitem doświadczeniem życia codziennego, oto czem ma być ten słownik wiedzy o żywieniu.

Dwa (z sześciu zapowiedzianych) zeszyty, które już wyszły, świadczą pochlebnie o podjętem wydawnictwie, które jest opracowane przez gremjum złożone z dwudziestu trzech uczonych, wśród których znajdujemy nazwiska profesorów Gröera i J. Parnasa.

Jednym z dwu redaktorów głównych jest Pirquet. Jest to zaletą dzieła, ale i — wadą. Niewątpliwie, Pirquet był jedynym, który, czasu ogólnego głodu i wojny zdobył się na coś nowego i oryginalnego w dziedzinie reformy odżywiania, gdy inni mełli w kółko stare teorje. Nie wszystkich jednak dotąd przekonał Pirquet o tem, że jego system jest postępem; nie wolno jeszcze uważać go za prawdę naukową — ogólnie uznaną. A ten właśnie Pirquetowski punkt widzenia nadaje ton wielu artykułom słownika. Będzie on tem droższy dla jednych, tem więcej obcy dla innych.

Bądź co bądź wydawnictwo dużej wartości i pożytku zarówno dla szpitali i zakładów leczniczych, jak i dla lekarzy terapeutów i hygjenistów.

S. S.

L. Cheinisse. **L'année thérapeutique 1924.** stron 186, cena 8 fr. nakł. Masson 1925.

Pożyteczna ta książeczka jest piątym z rzędu rocznikiem nowości na polu terapji. Przedwcześnie zmarły autor nie zdołał go wykończyć w zamierzonych rozmiarach, mimoto jest to rzecz warta czytania. Układ alfabetyczny i spis rzeczy ułatwiają orjentację. Każdy temat omówiony jest tak obszernie, jak tego wymaga interes praktyka, a jest tych referatów 153 ze wszystkich działów medycyny praktycznej. Poprzednie roczniki tego wydawnictwa, rozpoczętego w r. 1920 zostały w całości rozkupione i zapewne znajdzie się we Francji kontynuator tego pożytecznego przedsięwzięcia. U nas w Polsce ukazało się w r. 1923 podobne wydawnictwo p. t. »Postępy lecznicze w r. 1922« opracowane przez Dra Adama Szwajkarta w Wilnie. Rzecz spotkała się z uznaniem, choć oczywiście — jako konstrukcja nowa — nie była wolna od błędów i wad. Żałować też należy, że przez ostatnie dwa lata autor nie kontynuował swego przedsięwzięcia.

Sabatowski.

Przegląd piśmiennictwa.

Medizinische Klinik.

Nr. 3. (1925).

Ziehl. **Zatrucie benzolem.** Autor opisuje zatrucia benzolem u robotników fabryki kauczuku i gumy. W jednym przypadku śmierci z powodu zatrucia benzolem, wykazała sekcja zwłok: znaczne przekrwienie płuc, wątroby i nerek; plamy pośmiertne na skórze tułowia bardzo liczne, koloru żywo-czerwonego. Binder stwierdził przy sekcji zatrutego benzolem, charakterystyczne wybroczyny kropkowane w mózgu, a mianowicie w płacie ciemieniowym.

Śmierć przy zatruciu benzolem jest spowodowana uduszeniem CS_2, gazem zmięszanym z gazem benzolowym.

Stein. **Leczenie napadu dusznicy piersiowej (angina pectoris).** Autor zaleca podczas napadu dusznicy piersiowej morfinę, która przedewszystkiem usuwa ból, następnie znosi skurcz naczyń wieńcowych, wobec czego powoduje lepsze przekrwienie mięśnia sercowego, przez co usuwa osłabienie.

Ze środków fizykalnych działa dobrze ciepło, w formie gorącego suchego powietrza zapomocą elektr. aparatu »Phön«, lub naświetlania lampą kwarcową. Przypuszczalnie napad ten jest następstwem zmian naczyń wieńcowych lub tętnicy głównej albo z powodu osłabienia mięśnia sercowego. Wenckebach podaje, że napady stenokardji występują tylko przy obecności wysokiego ciśnienia. Na tem polega przez Eppingera i Hoffera polecana i wykonywana sympatektomja, względnie przecięcie *n. depressor.*

Objawy stenokardji zmniejszają się przez długoletnie podawanie theobrominy i diuretyny, które obniżają ciśnienie.

Schumacher. **Znaczenie obrazu cytologicznego krwi w rozpoznaniu chorób kobiecych.** Jeżeli stwierdzamy leukocytozę przy krupowem zapaleniu płuc, sprawa chorobowa kończy się zejściem śmiertelnem, Leukopenja zaś stanowi przeciwwskazanie do zabiegu operacyjnego przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. Leukocytozę stwierdza się przy tumorach przydatków, *parametritis abscedens,* przy skrętach szypuły tumorów jajników, przy których operatywnie nie stwierdzono ropy. Nieznaczną leukocytozę spotykamy przy rzeżączkowem zapaleniu przydatków. Brak leukocytozy przy gruźliczych tumorach przydatków, a nieznaczna leukocytoza przy rzeżączce, dowodzi zbyt małą zdolność resorbcyjną otrzewnej dla tych bakteryj i toksyn. Przy zakażeniu krwi połogowem, średnia leukocytoza pozwala na względnie dobre rokowanie, podczas gdy zmniejszona ilość wielojądrzastych pogarsza rokowanie,

Przy niedokrewnościach septycznych ciężkich znajdują się, prócz poikilocytozy i polichromazji, jądrzaste ciałka krwi z granulacją zasadochłonną; przy zupełnem wycieńczeniu jest brak normoblastów, jako brak regeneracji krwi. Rokowanie jest niepomyślne przy haemolizie i haemoglobinurji.

Przy nowotworach rozpadowych stwierdza się leukocytozę, przy charłactwie brak eozynofilji.

Raab. **Patogeneza dystrophia adiposo-genitalis.** Autor opisuje przypadek *dystrophia adiposogenitalis,* u którego wystąpiła otyłość znacznego stopnia i rozrzedzenie kości (osteoporoza), bez równocześnie występujących zmian w przysadce mózgowej. Ten objaw zalicza autor do form otyłości cerebralnych, z powodu znacznych zmian, występujących w naczyniach mózgowych, polegających na bujaniu błony wewnętrznej Rozrzedzenie kości natomiast polega na zmianach wtórnych ciałek przytarczycznych. Wobec tego *dystrophia adip.-genitalis* może być pochodzenia przysadkowego, lub czysto-mózgowego, albo też może wystąpić z powodu przerwania dróg, prowadzących z przysadki mózgowej do ośrodków dna mózgu środkowego.

S. Arnoldówna (Lwów).

O. Walther-Giessen. **Przypadek krwisteka pozamacicznego powstałego skutkiem krwawienia z ciałka żółtego.** Autor opisuje krwistek pozamaciczny powstały wskutek krwawienia z ciałka żółtego w prawym jajniku. Jako moment usposabiający w tym przypadku uważa autor, przedmiesiączkowe przekrwienie w połączeniu, z przepracowaniem fizycznem.

Leibowitsch. **Cucenie płodów asfiktycznych wstrzykiwaniami rozczynu fizjol. soli do żyły pępkowej.** Strzykawką bez igły wstrzykuje autor noworodkom asfiktycznym 2 ccm rozczynu soli fizjol. z 1 kroplą adrenaliny do żyły pępkowej. Działanie rozczynu uważa autor za mechaniczne, a niebezpieczeństwa podobnego postępowania dadzą się łatwo uniknąć przy zachowaniu wskazanych ostrożności i asceptyki.

J. Krzyżanowski (Lwów).

Nr. 4 (1925).

Klein. **Odnośnie do niedomogi nerkowej, zwiększonego ciśnienia i zmian w naczyniach włoskowatych przy glomerulonephritis diffusa.** Autor opisuje przypadki przewlekłego zapalenia nerek, gdzie stwierdził trzecie stadjum niedomogi nerkowej, w których sekcja wykazała przewlekłe zapalenie nerek i zanik ziarnisty. Dotyczyło to schorzenie osobników w wieku 30 – 50 lat. Ciekawe jest, że ciśnienie krwi było prawidłowe we wszystkich przypadkach, a mimo to znaleziono rozległe zmiany w naczyniach włoskowatych w skórze. W dwóch przypadkach rozlanego zapalenia kłębkowego nerek przebiegających bez podwyższonego ciśnienia, stwierdzono w okresie niedomogi nerek *retinitis albuminurica*. Także *poliuria* wystąpiła mimo braku podwyższonego ciśnienia.

Nr. 5 (1925).

Dudzus. **Verodigen.** Autor stosował Verodigen przy chorobach sercowych w miejsce naparstnicy z dobrym wynikiem, w ilości 0.8 mg 3 razy dziennie w tabletkach. Lecznicze działanie następuje po podaniu 12—15 tabletek. Tętno zmniejsza się z 120 na 70, ciśnienie krwi z 90 na 120 mm Hg., diureza z 500—2—4000 ccm *pro die*. W przypadkach, gdzie preparaty naparstnicowe nie skutkowały, tam Verodigen źle działał. Autor stwierdził znaczne polepszenie po podawaniu Verodigenu przy niedomodze mięśnia sercowego i niewyrównanych wadach zastawkowych (niedomykalność zastawki dwudzielnej i tętnicy głównej), przy obrzęku sercowym i nerkowym, przy *arythmia perpetua*, zapaleniu worka sercowego i ostrych stanach osłabienia serca. Zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego nie zauważono. Ponieważ Verodigen jest składnikiem *folia digitalis* (Gitalin), należy pamiętać o działaniu kumulatywnem.

Heilig-Hoff. **Wpływ hypnozy na funkcję żołądka.** Autorowie hypnotyzowali osobników żołądkowo-chorych, w hypnozie podawali im naprzemian potrawy, które zawsze chętnie przyjmowali, i takie, które ze wstrętem jedli. Po przepłukaniu żołądka i zbadaniu treści żołądkowej okazało się, że po spożyciu »smacznych« potraw występywała większa kwasota, zaś po zjedzeniu mniej smacznych potraw kwasota była znacznie mniejsza. Wobec tego autorowie sądzą, że jeśli się poda choremu potrawy, których nie lubi, kwasota może się zmniejszyć.

Kayser. **Wpływ leczniczy soli strontowych na schorzenia gośćcowe i dnę.** Przy gośćcu i dnie stosuje się dotąd trzy środki: *Atophan*, zastój Biera i lecznicze działanie ciał drażniących *(Reizkörper-Therapie)*, które mają na celu usuwanie bólu. W nowszych czasach zaczęto stosować sole strontowe, jako *chlorek strontu* lub bromek strontu z dobrym wynikiem. Celem zwiększenia działania, łączy autor sole strontowe z solą salicylową. Tym najnowszym środkiem jest »Stronisal« tj. salicylowa sól strontowa w formie tabletek lub jako 5% rozczyn do zastrzyków dożylnych. Stronisal stosuje się przy przewlekłych zapaleniach stawów i mięśni, przy rwie nerwu kulszowego, neuralgji i migrenie. Zmian ubocznych nie stwierdzono. Autor poleca preparat ten przy dnie w formie zastrzyków dożylnych w 2—3 dniowych odstępach. Cel osiąga się po 3—4 wstrzyknięciach. Przy neuralgjach, migrenie, gośćcu podaje się stronisal w tabletkach, t. zn. 3 razy dziennie po 2 tabletki, przez 6—8 dni. W przypadkach cięższych kombinuje się wstrzykiwania z podawaniem doustnem. Przy obecności wady sercowej nie robi się zastrzyków, tylko podaje się doustnie.

Nr. 6. (1925).

Lommel. **Napadowe moczenie szczawianowe.** Występuje ono pod postacią kolki, podobnej do kolki nerkowej. Napad taki powtarza się raz lub dwa razy w tygodniu, (jak autor zauważył u jednego chorego) trwa kilka godzin, połączony z wymiotami i biegunką. W moczu stwierdza się czerwone ciałka krwi, białe ciałka, komórki nerkowe, i kryształki szczawianu wapniowego. Wedle zdania autora polegają te napady na zmienionych warunkach rozpuszczania i wypadania. Phosphaturia występuje często u neurasteników, u których powtarzają się napady podobne do napadów występujących przy oksalurji. Istnieje więc podobieństwo *oxaluria paroxysmalis* do fosfaturji przez zbyt małą ilość kolloidów ochronnych pod wpływem układu nerwowego.

Oxaluria paroxysmalis występuje też u noworodków na tle zawału kwasu moczowego. Zawał ten polega na wypadnięciu moczanów amonowych, które układają się w piramidach nerkowych.

Napady oksalurji ustępują bez leczenia.

Hübner. **Żółtaczka salwarsanowa.** Żółtaczka występowała dawniej jako następstwo uszkodzenia wątroby po domięśniowych wstrzykiwaniach salwarsanu. Po wstrzyknięciu salwarsanu dożylnie, zostaje on wydalony drogą nerek i jelit, nieznaczna tylko ilość salwarsanu pozostaje w wątrobie.

Böttner. **Operacyjne leczenie dusznicy oskrzelowej.** Autor opisuje przypadki dusznicy oskrzelowej, w których stosował rozmaite środki bez skutku. Wreszcie zastosował zabieg operacyjny polegający na usunięciu zwojów lewego nerwu błędnego w znieczuleniu miejscowem. Po operacji objawy duszności na krótki przeciąg czasu ustąpiły po pe wnym jednak czasie często występowały napady, które usuwano zapomocą suprareniny lub wstrzykiwań peptonu. W innych przypadkach stosował autor po operacji asthmolysinę lub tuberkulinę, ponieważ okazało się, że zabieg operacyjny nie jest wystarczający. Kümmel poleca obustronnie usunąć zwoje nerwu błędnego. Kappis zaś poleca przecięcie nerwu błędnego poniżej ujścia nerwu powrotnego, ponieważ uważa nerw błędny za nerw zwężający oskrzela. W każdym razie zabieg operacyjny powinien być przy dusznicy oskrzelowej *ultimum refugium:* nie zaleca się więc zabiegu operacyjnego, ponieważ wstrzykiwania peptonu mają bardzo dobre działanie.

Lepehne. **Przyczynek do jelitowego pochodzenia niedokrewności złośliwej.** Dotychczas przypuszczano, że niedokrewność złośliwa jest następstwem zmian chorobowych, występujących w przewodzie pokarmowym.

Często też przy sekcji stwierdza się *colitis pseudomembranosa*. Autor zauważył w wielu przypadkach niedokrewności złośliwej zmiany w jelitach i uważa jelita za *locus minoris resistentiae* i za bramę wejścia toksyn. Często można zauważyć powiększone gruczoły chłonne krezkowe, zawierające limfę hemoglobinową.

Hürter. **Powtarzający się przewlekły tężec.** Bardzo rzadko spotyka się nawroty tężca. Autor opisuje przypadek tężca powtarzającego się po zupełnem wyleczeniu, gdzie w bliźnie wykazano prątki tężcowe. Mobilizacja zarodków tężcowych zostaje prawdopodobnie wywołana nadużyciem alkoholu. Wobec nawrotu tężca, poleca autor wycięcie rany i usunięcie ciała obcego, przyczem należy zapobiegawczo wstrzyknąć surowicę przeciwtężcową. Pewne jest, że nawet w starych bliznach znajdują się czynne prątki tężcowe.

Rosenow. **Sprawność nerek przy morbus Addisoni.** Autor przedstawia kilku chorych, u których stwierdził pewne schorzenia nadnerczy na tle gruźlicy; kiły lub choroba Addisona. U nich zauważono gorsze wydalanie płynów i gorszą zdolność zagęszczenia nerek, przy zastosowaniu próby wodnej i zagęszczenia. Także gorsze było wydalanie soli kuchennej i azotu. W jednym przypadku wstrzyknięcie 2 cm³ adrenaliny 1 : 1000 polepszyło zdolność zagęszczania nerki. Przeszkody sprawności nerek przy chorobie Addisona nie są objawem charłactwa, ani też nie mogą być tłumaczone niskiem ciśnieniem. Prawdopodobnie sprawność nerek jest upośledzona inkretorycznie. Obok niedomogi systemu chromochłonnego, chodzi tu o pewne zmiany w przysadce mózgowej, w której stwierdza się anatomiczne zmiany, występujące przy chorobie Addisona.

Leendertz. **Lymphadenosis acuta z limfocytozą.** Autor opisuje przypadek, w którym stwierdził naloty na powiększonych migdałkach, ciepłotę ciała 38·2° C, ledwie macalne gruczoły pachowe i pachwinowe, brak powiększenia śledziony; obraz chorobowy podobny do *angina necrotica* lub Plaut-Vincenti. Bakterjologiczne badanie dało wynik ujemny. We krwi limfocytoza 65—80%. Wybroczyn na skórze, ani na błonach śluzowych nie stwierdzono. Obraz krwi przypomina ostrą białaczkę, w której jest również zwiększona ilość limfocytów.

Dovney zauważył przy ostrej »limfadenozie z limfocytozą« znaczną ilość atypowych leukocytoidowych limfocytów, charakteryzujących się szeroką protoplazmą i jądrem, podobnem do jądra komórek plazmatycznych. Stwierdzono też dużo limfoblastów.

Chodzi tu prawdopodobnie o chorobę infekcyjną, przebiegającą z podwyższoną ciepłotą ciała i zajęciem migdałków wywołaną przez prątka wrzecionowatego i krętki znajdujące się w próchniczych zębach. Białaczkowy obraz krwi jest niejako odczynem układu krwiotwórczego na zakażenie.

Nr. 7 (1925).

Lippitz. **Pozapłciowe zakażenie kiłą.** Autor opisuje przypadek zakażenia kiłą całej rodziny, składającej się z ośmiu osób, przez naczynia. Zakażenie sprowadził jeden członek rodziny, który przez pocałunek zaraził $1\frac{1}{2}$ roczne dziecko. Dziecko dostało wyprysku sączącego na kątach ust; od dziecka przeniosła się kiła przez całowanie dziecka na resztę rodzeństwa i 50-letnią matkę. Jeden członek rodziny, 17-letni chłopak uszedł zakażeniu, ponieważ nigdy dziecka nie całował. Kiła wystąpiła w tej rodzinie jako zapalenie gardła, gdzie trudno było z początku rozpoznać przyczynę. Dopiero dodatni wynik odczynu Bordet-Wassermana wskazał na czynną kiłę. Równocześnie zauważono powiększenie gruczołów szyjnych, które po przeprowadzeniu leczenia swoistego się zmniejszyły.

Kino. **Epidemja czkawki.** Czkawka występuje czasem przy *encephalitis lethargica*, jako uboczny objaw chorobowy, natomiast czkawka, jako choroba odrębna nigdy dotąd nie występowała. Dopiero od roku 1919—21 występowały w Paryżu sporadycznie przypadki czkawki. Autor obserwował czkawkę u wielu osób, a także i u siebie. Okres zwiastunów wynosi 2—3 dni, aż przy jedzeniu występuje czkawka, coraz bardziej się wzmagająca, przytem bóle głowy, ciepłota ciała jest podwyższona do 37·5° C. Często występują wymioty po jedzeniu. Wedle autorów francuskich chodzi tu prawdopodobnie o formę poronną *encephalitis lethargica*, o podrażnienie ośrodka przeponowego w rdzeniu przedłużonym jako następstwo przekrwienia zapalnego, lub o lotne działanie toksyczne. Leczenie może być tylko objawowe: wprowadzenie zgłębnika do żołądka, ucisk na gałki oczne, ucisk na gałęzie nerwu przeponowego. Autor u siebie zastosował następujące leczenie: w ułożeniu kolanowem, zgina tułów i głowę ku przodowi przez jedną minutę. To ułożenie usuwa czkawkę na pewien czas, albo zupełnie. Chodzi tu prawdopodobnie o podrażnienie nerwu błędnego lub o mechaniczne stworzenie wysokiego ustawienia przepony. Wewnętrznie podaje się 0.4% roztwór kokainy. — Autor podkreśla, że jest to epidemiczne schorzenie układu nerwowego centralnego.

Firgau. **Stosowanie sporyszu przy wzdęciach.** Sporysz jest używany prawie tylko w położnictwie, mimo, że na inne mięśnie gładkie również skutecznie działa. Ponieważ przetwory sporyszu również dobrze działają na mięśnie gładkie jelit, spróbowano stosowanie sporyszu na te mięśnie. Wstrzyknięto choremu 1 cm³ *Secacornin* domięśniowo, a po 20-tu minutach nastąpił skutek, objawiający się w odejściu gazów i wzmożonym ruchu robaczkowym jelit. Leczenie to stosuje się przy wzdęciu na tle wady sercowej, marskości wątroby, raka żołądka, chorób zakaźnych i t. d. Można stosować także ten preparat doustnie.

Rp.
Extr. strychni 0.3
Extr. secalis cornuti 3.0
Cort. Chinae q. s. u. f. pill. N. XXX.
S. 3 razy dziennie po 1 pigułce.

Zauważono, że po doustnem zażywaniu sporyszu występowały biegunki. Po dodaniu olejków eterycznych do sporyszu, działanie było słabsze.

Assmann. **Różniczkowe rozpoznanie grypy i zapalenia wyrostka robaczkowego.** Autor opisuje przypadki z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, gdzie stwierdzono neuralgiczne bóle w *ileo-coecum*, wymioty zaś i podwyższona ciepłota ciała pochodziły z mózgowej formy grypy. W każdym przypadku zaleca autor dokładnie zbadać płuca, gdyż często pneumonia rozpoczyna się objawami zapalenia wyrostka robaczkowego. Dobrze działają przytem wstrzykiwania mleka 2—8 cm³ w 4-dniowych odstępach.

Autor zalicza tę formę grypy, do grypy brzusznej, którą dzieli na dwie grupy: do pierwszej zalicza te przypadki w których na plan pierwszy występują spastyczne objawy *ileocoecalne*; do drugiej grupy zalicza przypadki z objawami otrzewnemi.

W dwóch przypadkach, gdzie rozpoznano ogniska pneumoniczne w płucach, objawy mózgowe (wymioty) oraz zapalenie otrzewnej, wykazał autor przy operacji, w jednym przypadku surowicze zapalenie otrzewnej, w drugim ropne zapalenie. Autor jest zdania, że zapalenie otrzewnej w tym przypadku wystąpiło na tle podrażnienia pewnego odcinka rdzenia pacierzowego, które mogło spowodować skurcz jelita cienkiego i przez to zaburzenia w krążeniu i wysięk surowiczy. Ropne zapalenie otrzewnej mogą wywołać przy zapaleniu płuc we krwi krążące drobnoustroje.

S. Arnoldówna (Lwów).

H. Abels. **Waga płodu a odżywienie matki.** Na podstawie 5-letniej statystyki dotyczącej wagi urodzonego płodu stwierdza autor, że w miesiącach letnich była waga płodu wyższa aniżeli w miesiącach zimowych. Przyczynę widzi w odżywieniu matki.

Pożywienie miesięcy zimowych, skąpe zwłaszcza w latach powojennych w witaminy (mleko, jaja, masło, rośliny zielone) powodowało zmniejszenie się wagi płodu.

Uważa dalej, że w przypadkach ciąży przy ścieśnionej miednicy, pożywienie ciężarnej ubogie w witaminy wpływałoby ujemnie na wzrost wagi płodu, a tem samem polepszałoby rokowanie co do przebiegu porodu.

J. Krzyżanowski (Lwów).

Nr. 8.

Blumenfeld-Kaston. **Leczenie odtłuszczające zapomocą »Leptormonu«.** W nowszych czasach zaczęto stosować w leczeniu otyłości nowy preparat: »Leptormon«, jako wyciąg wielogruczołowy, zawierający składniki przysadki mózgowej i gruczołów rozrodczych do którego również dodano w odpowiedniej ilości wyciągu z gruczołu tarczykowego i naparstnicy. Rozróżniamy leptormon *masculinum* i *femininum* w tabletkach i w ampułkach. Całkowite leczenie polega na wstrzyknięciu domięśniowo lub podskórnie 12-tu ampułek, t. zn. 3 ampułki tygodniowo. Równocześnie można podać ten preparat doustnie. Po kilku miesiącach powtarza się leczenie. Autorowie stwierdzili skuteczne działanie tego preparatu, bo spadek wagi ciała dochodził od 5—13 kg. Preparat ten nie działa szkodliwie na narządy krążenia, ani też nie wywołuje obrzęku w miejscu wstrzyknięcia.

Leczenia tego nie powinno się stosować w przypadkach chor. Basedowa.

S. Arnoldówna (Lwów).

Archives of Surgery.
T. X. Z. 1. 1925.

Graham. **Pneumektomja zapomocą termokauteru w przewlekłem ropieniu płuc (ropień płuca, rozstrzeń oskrzeli).** Usunięcie płatu płuca *(lobectomia)* zwykłym sposobem, daje wysoką śmiertelność, bo 52%; główną przyczyną tego jest następowe zakażenie powierzchni rannej, powstałej z cięcia lub uwolnienia zrostów, zwłaszcza, gdy kikut oskrzelowy zostaje otwarty, przenosząc obfity materjał zakaźny na tę powierzchnię ranną. Dlatego autor usuwa tkanki chore zapomocą termokautera. Zabieg ten wykonał w 20 przypadkach przewlekłego ropienia płuca w różnych okresach (od 6 miesięcy do 20 lat) — i wyniki miał następujące: zupełnie wyleczonych 4, — wolnych od objawów ale z przetokami oskrzelowemi — 6, z poprawą — 5, nie zgłosił się — 1, umarło — 4, (razem 20); z tego przypadki z przetokami można zaliczyć do wyleczonych, bo chorym nie sprawiają dolegliwości, mogą się zresztą później samoistnie zamknąć; czyli, że wyleczonych i z poprawą byłoby 75% — z czterech zgonów (2%) było trzy z powodu powikłań mózgowych (*1 meningitis* w trzy tygodnie po zabiegu — 2 zatory mózgowe).

Pneumektomja zapomocą termokauteru może być kombinowana z trzema podstawowemi sposobami leczenia ropienia płuc: sączkowaniem — uciskiem — usunięciem.

Technika: I. akt — płat skórno-mięśniowy i usunięcie podokostnowe 3—4 żeber na przestrzeni 10 cm; gdy brak zrostów z opłucną przeszywa się płuco kilkoma szwami. II. akt — po kilku dniach (a jeżeli stan chorego jest dobry i są zrosty między płucem i opłucną to w tym samym dniu) szerokim termokauterem przepala się tkankę płucną; gdy obecny jest kanał po poprzedniem drenowaniu, dobrze jest zacząć przepalać od tego kanału, przyżegając poszczególne ropnie i usuwając części schorzałe; jeśli mamy do czynienia z rozstrzenią oskrzeli, to przecina się pień oskrzelowy; powstaje zwykle szereg przetok i z każdej z nich wypływa wydzielina ropna. Powtórne przepalanie nie powinno być wykonane zawcześnie; czasem wystarcza tylko jedno przepalenie, kiedyindziej trzeba 4—8 razy powtórzyć; lepiej jednakże w początkach zrobić za mało — niż za dużo. Gdy powstanie krwotok z dużego naczynia zatamponować gazą i przerwać zabieg; tampon można usunąć po 3—4 dniach.

Zapadu autor nie spostrzegał; w pierwszych 24—28 godzinach zmniejsza się kaszel i plwocina, lub nawet znika; w 3-cim dniu chory dostaje lekkich dreszczy, traci apetyt, czasem ma nudności i wymioty, wskutek zatrucia z przepalonej tkanki — dlatego nie należy w pierwszem posiedzeniu za dużo przepalać; objawy te wkrótce znikają; natomiast plwocina się wzmaga bardziej niż przed zabiegiem, na pewien czas, by w końcu wraz z innemi objawami zniknąć.

Janik (Lwów).

Annales of Surgery.

T. LXXXI. Z. 1. 1925.

Bastianelli. **Skurcz odźwiernika i jego leczenie chirurgiczne.** W pewnych przypadkach objawy kliniczne i prześwietlenia wskazywały na wrzód dwunastnicy a w żadnym z nich autor nie znachodził przy zabiegu zmian organicznych — obecny był tylko gruby, twardy pierścień skurczowy; wobec tego wykonywał sphincterotomję według Ramsusteda rozległości około 2—2½ cm; po zabiegu stwierdzał w każdym przypadku normalne zarysy odźwiernika — prawidłowe wypróżnianie się — objawy przedoperacyjne znikały zupełnie. Na koniec radzi autor cięcie przedłużać raczej w kierunku *antrum*, zamiast na dwunastnicę, która tak jest zbudowana, że trudno zwykle oddzielić mięśniówkę od tkanki podśluzowej.

Rovsing. **Oesophagoplastyka antethorakalna.** Po krótkiej wzmiance o metodach plastyki przełyku, podaje autor swój sposób:

I. dwa cięcia równoległe, rozpoczynające się na *jugulum* a kończące się u otworu gastrostomijnego — podpreparowanie skóry tak, by można część znajdującą się między cięciami ponad drenem gumowym złączyć w linji środkowej.

II. z cięcia skośnego wzdłuż przedniego brzegu mięśnia mostkowo-sutkowo-obojczykowego odsłania przełyk, przecina go między dwoma zaciskadłami i dolny koniec wyciąga przez małe nacięcie w lewym dole nadobojczykowym, umocowuje tu do skóry, szwami jedwabnemi i drenuje drenem gumowym; koniec zaś owalny łączy z początkiem nowopowstałego kanału skórnego.

III. po usunięciu drenu z otworu gastrostomijnego skórę wokoło tego otworu zwija w kanał i łączy z częścią kanału górnego — przetoki goją się szybko. Chorzy przybierają znacznie na wadze.

Zabieg ten wykonał u 5 chorych; z tych 2 jest zupełnie wyleczonych, a reszta w leczeniu.

Persson. **Gruźlica nerek.** Autor przytacza dwa ciekawe przypadki:

1) gruźlica nerki, w której po usunięciu stwierdzono prócz ogniska gruźliczego cystę, prawdopodobnie urazową, bo w anamnezie podany był uraz; na przekroju w górnej części nerki stwierdzono dwa zagłębienia, oddzielone od siebie kilkumilimetrową przestrzenią tkanki zdrowej; górne wielkości jaja gołębiego, wypełnione płynem ciągnącym się — barwy czerwonej, o ścianie grubości 2—3 mm; — dolne o otoczeniu na przestrzeni około 2 mm wokoło zserowaciałem — przytem w ścianie stwierdzono liczne gruzełki — część tkanki między temi dwoma zagłębieniami zupełnie zdrowa. Mikroskopowo widać w jednem zagłębieniu typowe zmiany gruźlicze — w drugiem składniki cysty urazowej.

Autor przypuszcza, że istnieje związek między temi dwoma procesami — mianowicie uraz stworzył *locus minoris resistentiae*, w którym usadowiły się laseczniki.

2) gruźlica nerki z podwójną miedniczką i moczowodem, ze zmianami w jednej miedniczce i moczowodzie; w r. 1913 Permann zebrał podobnych przypadków 14; z tego w 12 przypadkach wykonano nephrectomję — z tych w 2 przypadkach wykazano makroskopowo zmiany w obu miedniczkach i moczowodzie, w 10 zaś nie; z tego zestawienia wyciąga autor wnioski dotyczące teorji Ekchorna.

Schramm. **Tętniak tętnicy nerkowej.** Autor dodaje, do zebranych przez Cauroz'a 32 przypadków tętniaka tętnicy nerkowej swój przypadek, operowany na klinice lwowskiej; mianowicie u 22-letniego mężczyzny, który został uderzony kopytem końskiem w brzuch — w lewej tylnej linji pachowej w 8-mem przestworzu międzyżebrowem widoczna zaciągnięta blizna; w okolicy nerki lewej wyczuwalny guz tętniący, nad którym jest słyszalny szmer skurczowy; mocz ciemny — obecne ciałka czerwone; mocz nerki prawej normalny; chory ma od czasu do czasu krwotoki pęcherzowe, przytem stan chorego znacznie się pogarsza — anemja wzrasta; przy zabiegu stwierdzono guz tętnicy, dający się trudno oddzielić od otoczenia, zwłaszcza od aorty, z którą tak był zrośnięty, że groziło przy oddzieleniu pęknięcie tętnicy lub aorty; to też założono na worek zaciskadła i odcięto od aorty — wobec czego można już było łatwiej cały guz wraz z nerką usunąć. Był to tętniak tętnicy nerkowej wielkości pomarańczy, o ścianach grubych, zawierających obficie włókna elastyczne; jama tętniaka średnicy 2,5 cm, komunikuje z miedniczką. Mocz po zabiegu krwawy z biegiem czasu stopniowo się oczyszczał. Chory opuszcza klinikę zupełnie wyleczony.

Autor wspomina również o przypadku Sokołowskiego, w którym stwierdzono dopiero na sekcji tętniak pęknięty, który spowodował krwotok wewnętrzny, śmiertelny. Z 34 przypadków było 16 samoistnych — 18 zaś pochodzenia urazowego. W większości przypadków stwierdzano tętniak dopiero na stole sekcyjnym. W 6 przypadkach (łącznie z tym) rozpoznanie postawione było za życia. Prognoza zła; z przypadków leczonych wewnętrznie, wszystkie skończyły się śmiercią — z operowanych zaś 2 były śmiertelne — 7 zostało wyleczonych.

Tataks. **Żółtaczka utajona jako objaw kolki żółciowej.** W 15 przypadkach kolki żółciowej znachodził autor wzmożoną ilość bilirubiny we krwi mimo braku żółtaczki; ta zaś hiperbilirubinemja może być zmniejszoną przez śródżylny zastrzyk 0,5 mg atropiny; tłumaczyć to należy zwiotczeniem mięśni, które regulują prąd żółci.

Keller. **Zwichnięcie nawykowe stawu barkowego.** W 11 przypadkach autor leczy je przez skrzyżowanie torebki: wykonuje cięcie w jamie pachowej, za naczyniami pachowemi — odsłania torebkę — nacina i stwierdza czy w stawie niema wolnego ciała — następnie zakłada szwy U prostopadle do linji cięcia torebki, w ten sposób, że miejsca wkłucia leżą w pewnej odległości od siebie i nie ściągając ich zakłada następnie dwa w linji cięcia, również w pewnem oddaleniu od siebie; wtedy dopiero wszystkie ściąga i wiąże przy trzymaniu ramienia przy głowie t. j. kiedy torebka jest w największem zwiotczeniu, zciągając tę część w której kierunku najczęściej zwichnięcie powstaje; ramię ustala następnie na 3 tygodnie.

Pilcher. **Zgorzel gazowa.** Autor przytacza przypadek ciężkiej zgorzeli gazowej, zajmującej międzykrocze, mosznę, przechodzącą ponad *lig. Pouparti*, która wśród ciężkich objawów toksycznych, mimo wykonania kilku nacięć postępuje dalej; to też następują dalsze nacięcia w kierunku guzów siedzeniowych, na powłokach brzusznych i t. d. — wprowadzenie drenów, przez które co godzina wkrapla się roztwór »*quinoformolu*« przytem zmywa się rany zapomocą

drenów 30% roztworem wody utlenionej. Masy nekrotyczne odpadają w znacznej ilości i po 2 tygodniach poczynają się rany szybko oczyszczać, tak, że w końcu 3 tygodnia chory czuje się dobrze — dodać należy, że chory przebył ograniczone, septyczne zapalenie płuc — dalej, że jądra wskutek zniszczenia całej prawie moszny zwisały wolne — że powstało wypadnięcie odbytnicy — że rany na klatce piersiowej i powłokach brzusznych były bardzo rozległe; leczenie zakończyły następowe zabiegi plastyczne.

Hener, Andrus, Bell. **Doświadczalne transplantacje przepony celem leczenia ubytków dolnego końca przełyku.** Doświadczalny ten zabieg składa się z dwu aktów:

I. — polega na transpozycji dolnej części przełyku do jamy brzusznej przez transplantację ku górze lewej połowy przepony i

II. — polegający na resekcji przełyku i oesophagogastrostomji; transplantacja przepony ku górze jest zabiegiem bezpiecznym, który wykonali autorowie w 28 przypadkach u psów i 1 raz u człowieka; w 2 przypadkach powstała przepuklina przeponowa, czemu przez dokładne założenie szwów można zapobiec; najtrudniejszą częścią zabiegu jest wykonanie w przeponie nowego *hiatus* dla przełyku, który z jednej strony nie powinien uciskać przełyku — z drugiej nie być bramą wejścia przepukliny; w końcu oesophago-gastrostomja, wykonana w jamie brzusznej przez cięcie międzyżebrowe nie sprawia trudności.

Autor przedstawia 1 przypadek wykonania tego zabiegu u człowieka po usunięciu raka dolnej części przełyku; niestety w 48 godzin po zabiegu chory zmarł; na sekcji stwierdzono w jamie opłucnowej i brzusznej płyn ropny.

Horsley Sh. **Nowotwory okolicy kanału pachwinowego i udowego.**

1. przypadek — guz podłużny twardy w łączności z sznurkiem nasiennym — przy zabiegu daje się oddzielić od *vas deferens* dość łatwo — nieco trudniej od naczyń; pod mikroskopem stwierdzono liczne cystki między któremi leży tkanka, wśród której widoczne są komórki olbrzymie, miejscami zaś nacieki leukocytarne — można to uważać za guz zapalnego pochodzenia.

2. przypadek — podobny ale brak komórek olbrzymich.

3. przypadek — guz cystowaty wśród tkanki tłuszczowej zawierający płyn żółtawy; drobnowidowo stwierdzono ścianę cysty złożoną z tkanki luźnej, siateczkowatej, w której leżały liczne komórki okrągłe zróżnicowane w innych zaś miejscach nacieki leukocytarne; prawdopodobnie jest to *lymphocele* z lymfangiomatyczną tkanką.

Janik (Lwów).

Journal d'Urologie.

Lipiec. 1924.

R. Lévy. **Uwagi o 378 zabiegach w przypadkach kamieni dróg moczowych.** Przy dużych kamieniach miedniczki, zajmujących również część nerki, autor poleca gorąco sposób Marion'a — rozszerzone cięcie miedniczki, przechodzące na miąższ nerki, zamiast używanego najczęściej przepoławiania całej nerki. Dzięki temu w przypadkach podanych śmiertelność zmniejszyła się z 8% do 0%. Najwięcej uwagi poświęca autor kamieniom moczowodów. Przedewszystkiem porusza obszernie kwestję „latających" kamieni moczowodów, które dzięki trwałemu rozszerzeniu moczowodu zmieniają momentalnie pozycję, n. p. kamień moczowodu, będący w jego dolnej części, przy nadaniu choremu pozycji Trendelenburg'a cofa się z powrotem do miedniczki. W piśmiennictwie dotychczas opisano 18 tego rodzaju przypadków, które autor cytuje. Jako środek rozpoznawczy zaleca się wykonanie szeregu zdjęć w różnych pozycjach chorego, a szczególnie w pozycji Trendelenburg'a. Można również próbować odepchnąć kamień zapomocą cewnika moczowodowego kontrastującego pod kontrolą Roentgena; wreszcie wprowadzenie do moczowodu płynu kontrastującego wykaże rozszerzenie tegoż, a zatem możliwość ruchu wstecznego kamienia.

Kamienie odcinka przypęcherzowego moczowodu technicznie nastręczają najwięcej trudności przy zabiegu. Dostęp do nich klasyczną drogą pozaotrzewnową jest prawie niemożliwy. Autor poleca sposoby opracowane przez Marion'a w zależności od odległości kamienia od pęcherza. W szczególe przy odległości do $1^1/_2$ cm od śluzówki pęcherza wskazane jest otwarcie pęcherza i nacięcie otworu moczowodowego. Przy odległości kamienia 2—3 cm zaleca się jednoczesne odklejenie pęcherza od bocznej ściany miednicy w celu wypchnięcia palcem kamienia ku pęcherzowi i wydobycie go przez pęcherz. Przy odległości nieco większej należy odkleić od góry dno pęcherza i obnażyć przestrzeń zapęcherzową, stąd wprowadzoną ręką wypchnąć kamień podobnie jak poprzednio.

Przy wyższem położeniu kamienia wskazana jest droga zaotrzewnowa metodą klasyczną. Autor wnioskuje, że przed operacją należy szczególnie ściśle określić usadowienie kamienia.

Wrzesień 1924.

Ed. Retterer. **Stan ogólny i budowa jądra w 2 lata po wycięciu nasieniowodu.** Pies, któremu wycięto oba nasieniowody (Voronoff) w ciągu pierwszego roku miał normalny wzwód prącia, w ciągu drugiego roku mniej częsty i mniej zupełny; pod koniec drugiego roku pozostawał już obojętny wobec suk w okresie cieczki.

Badanie histologiczne utkania jąder w tym przypadku pozwoliło stwierdzić, że wszystkie rodzaje tkanek zachowują swoje własności i wzajemny stosunek; jednak w braku podniet czynnościowych przybłonek zostaje leniwiej odżywiany, cytoplasma staje się bardziej gęstą i przestaje się roztapiać. Pewna ilość jąder komórkowych nadal wytwarza główki plemników, które jednak w braku topnienia protoplasmatycznego pozostają uwięzione w komórkach. Tkanka międzynasienna, wogóle bardzo skąpa, staje się bardziej zbitą, pośrodku zrazików zaś prawie zanika. W żadnym z badanych przypadków komórek Leydig'a, którym przypisują niektórzy wydzielanie wewnętrzne — nie znaleziono. Wogóle autor dochodzi do wniosku, że podział jądra na gruczoł nabłonkowy o wydzielaniu zewnętrznem i gruczoł łączno-tkankowy o wydzielaniu wewnętrznem jest hipotezą opartą na przypuszczeniach dowolnych. Przeczy jej badanie doświadczalne przeprowadzone w dostatecznie długim okresie czasu i potwierdzone przez poważne badanie histologiczne. Dotychczas pozostawano w nieświadomości, co do pochodzenia hormonów jądrowych. Obecnie wyniki wycięcia nasieniowodów i przeszczepiania jąder dają pewne wyjaśnienia.

Okazuje się, że, dopóki protoplazma komórek nasiennych ulega rozrzedzaniu, dzięki wchłanianiu się jej — cechy płciowe wtórne pozostają zachowane. Z chwilą kiedy topnienie cytoplasmy ustaje, w komórce nasiennej wytwarza się siatka włókienek łączno-tkankowych, co wreszcie doprowadza szczególniej w jądrach przeszczepionych, do przekształcenia całkowitego w twór łączno-tkankowy, niezdolny do wywierania jakiegokolwiek wpływu ogólnego na ustrój.

Autor dochodzi do wniosku, że w komórce nasiennej jądro, z którego wytwarzają się główki plemników, służy do zachowania gatunku, protoplazma zaś komórki, ulegając rozrzedzeniu i wchłanianiu, nadaje ustrojowi cechy płciowe wtórne.

M. Negro i H. Blanc. **Rozważania kliniczne i operacyjne na temat 13 przypadków uchyłków pęcherzowych.** Z objawów obserwowanych przez autorów jedynym swoistym jest dwuczasowe oddawanie moczu, co jest jednak dość rzadkie, gdyż wymaga specjalnych warunków anatomicznych usadowienia uchyłka, dostatecznie rozwiniętej warstwy mięśniowej jego ściany i otworu uchyłka, zdolnego do zacieśniania się i otwierania.

Z innych objawów nietypowych prawie zawsze występują objawy towarzyszące stanowi zapalnemu pęcherza, rzadziej zaś uporczywe i bardzo obfite krwawienia oraz całkowite zatrzymanie moczu. Uchyłki obserwowano w 25% u ludzi młodych w 75% u ludzi starych po 60 latach, u kobiet w 15% wszystkich przypadków.

Co do umiejscowienia — najczęstsze są uchyłki boczne; uchyłki dna również nie są bardzo rzadkie. Rozmiar ich waha się od wielkości dużej pomarańczy do wielkości orzecha laskowego; wielkie uchyłki były zawsze pojedyncze. Uchyłki nieraz zawierają kamienie lub nowotwory (brodaw-

czaki). Jako metoda rozpoznawcza bardzo ważne jest wziernikowanie pęcherza, nie daje jednak wyniku przy małym otworze uchyłka. Radjogram z płynem kontrastującym uzupełnia doskonale cystoskopję i prawie zawsze daje bardzo wyraźny obraz.

Radjogram zwykły daje wynik tylko przy uchyłkach, zawierających kamienie. Co do leczenia, to jedynie leczenie chirurgiczne jest celowe. W przypadkach powikłanych przez inne cierpienie n. p. najczęściej przez przerost gruczołu krokowego należy usunąć oba cierpienia, inaczej każde z nich będzie podtrzymywać stan chorobowy.

Październik 1924.

H. Blanc. **Urotropina i błękit metylowy w gruźlicy dróg moczowych.** Zwykle w każdem zakażeniu dróg moczowych bez względu na jego pochodzenie z przyzwyczajenia stosuje się urotropinę. Rzeczywiście posiada ona niewątpliwie własności antyseptyczne, wydzielając w nerkach formaldehyd. Przez zdrowe nerki przechodzi 40—50% urotropiny; ilość ta zmniejsza się w razie upośledzenia czynności nerek i spada do zera w ostrych zapaleniach nerek. Z tego względu urotropina jest bronią obosieczną i, będąc bardzo pożyteczną w cierpieniach miedniczek, pęcherza i t. p. jest bezwarunkowo przeciwwskazana tam, gdzie cierpienie dotyczy miąższu nerkowego, na który formaldehyd działa silnie drażniąco i zdolny jest w wysokim stopniu istniejący stan zapalny zaostrzyć. Albano uważa, że używanie urotropiny do badania czynnościowego nerek jest przeciwwskazane w stanach zapalnych miąższu nerek. Ponieważ nerka gruźlicza wykazuje czynność wydzielniczą obniżoną, urotropina jest bezwarunkowo przeciwwskazana. Przy stosowaniu urotropiny w przypadkach gruźlicy występują obostrzenia bólów w nerkach i pęcherzu, często krwiomocz. Przepisując urotropinę trzeba się zawsze upewnić, że niema się do czynienia z gruźlicą nerek.

Autor radzi w gruźlicy nerek stosować błękit metylowy w dawce 0,10 *pro die*. Środek ten wywiera działanie antiseptyczne i kojące; bóle zmniejszają się, pojemność pęcherza w krótkim czasie zwiększa się. Oczywiście stosowanie leku nie może wpłynąć na wskazania operacyjne w odpowiednim przypadku.

Listopad 1924.

Albert Hogge. **100 zabiegów usunięcia nerki gruźliczej.** Obserwacje rozciągają się na okres 21 lat. Na 100 operowanych 7 zmarło wkrótce po zabiegu (1 dzień—3 miesięcy) w 37 przypadkach zanotowano poprawę, w 56 przypadkach wyleczenie zupełne.

Co się tyczy wskazań, to od 1905 roku uciekano się do cewnikowania moczowodów za każdym razem, kiedy to było możliwe i badano ilość wydzielanego mocznika przez każdą nerkę. Od 1912 roku określano systematycznie współczynnik d'Ambard'a, któremu jednak autor nie przypisuje bezwzględnej wartości rozpoznawczej, przytacza bowiem 15 przypadków, które pomimo niekorzystnej cyfry współczynnika dały doskonały wynik operacyjny lub odwrotnie.

Autor chętniej kieruje się trzema czynnikami rozpoznawczemi: zawartością mocznika we krwi, ilością dobową moczu, obserwowaną w ciągu paru dni, i ciężarem właściwym moczu, jeśli tenże nie zawiera białka ani cukru. Jeśli te trzy cyfry są korzystne, czynność nerek jest niewątpliwie dostateczna.

W celu rozpoznania umiejscowienia cierpienia, jeśli niepodobna wprowadzić cewników do moczowodów, trzeba się uciec do cięcia lędźwiowego próbnego i obnażenia nerki, co pozwala stwierdzić czy istnieją obie nerki i porównać zgrubsza ich stan.

Jeśli przed usunięciem nerki częstość oddawania moczu jest umiarkowana, zwykle po zabiegu objawy pęcherzowe ustępują odrazu. Przeciwnie, przy bardzo częstem oddawaniu moczu poprawa bywa bardzo powolna. Jeśli po operacji utrzymują się w pęcherzu owrzodzenia, najlepiej robi przypalenie prądem elekrycznym wysokiej zmienności. Utrzymujące się uporczywie przez długi czas objawy pęcherzowe, szczególnej jeśli mocz pozostaje bardzo mętny nieraz świadczy o dwustronności cierpienia. Jeśli jedna nerka jest w znacznym stopniu dotknięta gruźlicą — rzadko kiedy druga nerka pozostaje zupełnie nienaruszoną, czy to przez gruźlicę, czy też inną sprawę zapalną, podlega bowiem wpływowi chorej nerki; uwolniona od tego wpływu może w bardzo krótkim czasie całkowicie wyzdrowieć. Na 59 przypadków dokładnie zbadanych tylko w 9-ciu lepsza nerka była bez zarzutu, w pozostałych zawsze zawierała białko bez ropy lub też i ropę i białko, lub też nawet dawała dodatni wynik przy szczepieniu śwince. Pomimo to w wielu z tych przypadków operując i pozostawiając lepszą nerkę, jakkolwiek dotkniętą sprawą chorobową, otrzymywano wyleczenie w sensie klinicznym.

W. Lilpop (Warszawa).

Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.
Bd 93. H. 1|2. 1924.

H. Pinéas. **Kliniczna i anatomiczna strona przypadku zatrucia tlenkiem węgla.** Przypadek opisany przez autora, dotyczy 62-letniej kobiety, która w 30 dni po zatruciu gazem świetlnym, wykazywała ogólną akinezję bez właściwych niedowładów, zaburzeń czucia i mowy. W ciągu 18-dniowej obserwacji autor stwierdził napięcie mięśniowe w obrębie obu górnych kończyn, warg i mięśni ust, katalepsję kończyn i parahiperkinezję ze zbaczaniem w górnej prawej kończynie. Psychicznie chora była „niedostępna".

Bliższa analiza wykazała, że ogólna akinezja była właściwie psychomotoryczną apraksją Kleista.

Na sekcji znaleziono lakuny w obydwóch łupinach, pozatem obustronne symetryczne rozmiękczenia łupiny. Psychomotoryczna afazja Kleista zależy od obustronnego uszkodzenia zwojów podstawy.

Messing (Warszawa).

1924. 1/2.

Slanck. **Postępujące przerostowe zapalenie nerwów (choroba Hoffmanna).** Autor opisuje i uzasadnia odrębność nozologiczną sprawy chorobowej opisywanej przez kilku autorów francuskich i niemieckich i wyodrębnionej ostatecznie przed kilku laty przez Hoffmana.

Klinicznie sprawa przebiega przewlekle z szeregiem objawów stałych, jak: zgrubienie, stwardnienie i tkliwości pni nerwowych, zmniejszenie się pobudliwości nerwowej dla prądu faradycznego i galwanicznego, zanik odruchów ścięgnistych, zanik mięśni i następczy odczyn zwyrodnienia. Przy większem nasileniu procesu chorobowego i zależnie od umiejscowienia, występują objawy mniej stałe więc n. p. drżenie, stopy szpotawe, końsko-szpotawe ze szponowatością palców, w rzadkich przypadkach porażenie źrenic na światło (Argyll Robertson?)

Charakterystycznem dla choroby Hoffmana jest jej występowanie rodzinne, zaznaczone we wszystkich dotychczas opisanych przypadkach.

Anatomo-patologicznie mamy tu do czynienia:

1) przedewszystkiem z rozrostem blaszkowatym otoczek Schwanna, układających się cebulowato w warstwy koncentryczne;

2) rozszczepianiem się włókna osiowego;

3) początkowym rozrostem (wrzekomym) a później zanikiem włókna nerwowego i otoczki rdzennej.

Z tym szeregiem przemian spotkać się można zarówno w nerwach obwodowych, czuciowych i ruchowych, jak i sympatycznych. W rdzeniu zmian nie znajduje się poza zrozumiałym wtórnym zanikiem ilościowym komórek zwojowych rogów przednich.

To swoiste zapalenie nerwów autor różnicuje z *tabes juvenilis*, chorobą Friedreicha, zanikiem mięśni postępującym typu Aran-Duchenna i *polyneuritis chronica*, podkreślając brak w tej sprawie objawów spastycznych i stale dającą się stwierdzić wymacalność i zgrubienie pni nerwowych.

Na zakończenie autor podaje szereg przypadków własnych i zebranych. Prognoza i terapja nie wchodzą w zakres rozwiązań autora.

St. Higier (Warszawa).

Bibljografja.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

A. Piśmiennictwo Polskie.

Nowiny lekarskie Nr. 8.: W. Krzemiński. Przyczynek w sprawie schorzeń, t. zw. natury czynnościowej. - Z. Dziembowski. Co winien wiedzieć lekarz praktyczny o chirurgicznem leczeniu gruźlicy płuc. — T. Browicz. O sercu.

Nr. 9.: T. Browicz. Dokończenie pracy poprzedniej. — P. Klinger. Działanie, wskazania i leczenie lampą kwarcową. — St. Tuszewski. O leczeniu gruźlicy sanokryzyną.

Warszawskie Czasopismo lekarskie Nr. 4. O. Minkowski. O ekonomicznem, a jednak odpowiedniem leczeniu chorych na cukrzycę. — E. Flatau. Chromoneuroskopja. — S Ban — Prussakowa. Degeneratio genito — sclerodermica. O. Kolometryczne badanie stężenia jonów wodorowych dla stwierdzenia odczynu. — M. Landsberg. Kilka uwag w sprawie cukru we krwi. — S. Goldflam. Przyczynek do semjologji odruchu skrócenia. — R. Barański. Nowe poglądy na leczenie dyspepsji u dzieci. — R. Stankiewicz. Praktyczne znaczenie nakłucia zatoki strzałkowej u dzieci. — M. Kacprzak. Wzorowe okręgi sanitarne. — L. Zamenhof. Kilka uwag w sprawie Kasy chorych.

Przegląd dentystyczny Nr. 4. T. Skrzywan. Lampa kwarcowa. — J. Rutkowski. Zasady chirurgicznego odkażania.

Polski Przegląd Chirurgiczny T. IV. z. 1. St. Nowicki. Znaczenie dróg krwionośnych dla powstawania zakażeń ropnych kości. — B. Endelman. W sprawie leczenia chirurgicznego kamicy żółciowej. — Z. Dziembowski. Pierwotny zakrzep żyły śledzionowej w świetle nowych badań. — M. Grobelski. O uszkodzeniu łąkotek. — St. Laskownicki. Operacje śródpęcherzowe i w tylnej cewce moczowej. — B. Szerszyński. Przypadek choroby Legg-Calré-Perthesa.

Polska Dentystyka Nr. 2.: J. Jarząb: Badania anatomopatologiczne: bakterjologiczne działania presojodu na tkankę ziarninową przy przewlekłem i ostrem zapaleniu. — H. Gorczyński. Rzadki przypadek torbieli zawiązkowej, pochodzącej od zęba mlecznego, zatrzymanego w szczęce, pomimo wykłucia się zęba stałego. — H. Cieszyński. Uwagi do ustawy o wykonywaniu praktyki dentystycznej, wniesionej do Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej dn. 18 lutego 1925 r.

Sprostowanie faktyczne w odpowiedzi na wyjaśnienie Dr. W. Janusza

w Polskiej Gazecie lekarskiej Nr. 12. r. 1925.

Nie ulega wątpliwości, iż dla statystyki nowotworów najbardziej wiarygodne są cyfry, uzyskane na podstawie wyników sekcyjnych — i że na nich opiera się przeważnie nietylko rozpoznanie pierwotnego, ale także wtórorzędnego umiejscowienia tychże w pojedynczych narządach. To też każda kazuistyka na podstawie materjału sekcyjnego musi mieć naukowe znaczenie, jeśli ona polega na starannem, ścisłem zestawieniu odnośnych przypadków z prosektorjum głównych Szpitali, a w danym przypadku z prosektorjum głównego szpitala we Lwowie. Tą myślą kierowałem się, skoro postanowiłem dokładnie opracować 132 przypadków zejścia śmiertelnego z powodu raków (*Carcinoma*), przypadających na ogólną ilość sekcyj 2713, wykonanych w czasie mego trzechlecia, jako prosektora, w głównym Szpitalu we Lwowie t. j. za czas od 1894—1896 r. włącznie. Odsetek sekcyj, wykonanych z powodu nowotworu rakowego, wynosił naówczas 4.8%.

Że odnośną statystykę zejścia śmietelnego z powodu raka opracowałem starannie i gruntownie, musi przyznać każdy nieuprzedzony czytelnik po przeczytaniu mej pracy w Nowinach lekarskich Nr. 11, r. 1897 (Przypadki zejścia śmiertelnego z powodu raka (*Carcincma*) na podstawie materjału w prosektorjum Szpitala głównego we Lwowie w ciągu r. 1894, 1895, 1896 str. 771-786). W pracy tej są te same okoliczności uwzględnione dokładnie, które są uwzględnione także w pracy Nowickiego z r. 1904, pomieszczonej również w Nowinach lekarskich (Statystyka raków na podstawie protokołów sekcyjnych instytutu anatomo-patologicznego (prof Obrzut) we Lwowie str. 169–178); gdyż uwydatnione są: 1) umiejscowienie pierwotne i następowe raka w pojedynczych narządach, 2) rodzaj utkania nowotworowego, 3) wiek, 4) płeć i ponadto 5) nawet powikłania z innemi procesami chorobowemi obok przytoczonych ciekawszych protokołów sekcyjnych z każdego działu. Praca, która w ten sposób została wykonaną i w której ściśle i sumiennie zostało opracowanych 132 przypadków oględzin pośmiertnych z powodu raka, jest bądź co bądź bardzo poważnym dorobkiem naukowym w zakresie piśmiennictwa polskiego w tym kierunku i powinna była być uwzględnioną przez innych autorów. Trzymając się ściśle tematu, nie przytaczałem innych obcokrajowych i światowych statystyk, gdyż rozchodziło mi się, aby uniknąć chaotycznego zamieszania treści właściwej i nie zacieśniać rzeczywistego poglądu na sprawę rozwoju i szerzenia się raka we wschodniej Małopolsce przez podawanie odrębnych stosunków w innych krajach. Zresztą statystyka ogólnoświatowa raka jest tak rozległa, iż na ogłoszenie jej potrzebaby tomów a garść rzuconych tu i ówdzie powyrywanych faktów, według mego przekonania, rzecz raczej zaciemnia, jak wyjaśnia. Jedynie tylko ze statystyk, opartych na miejscowych stosunkach, można sobie dopiero wyrobić istotny całokształt co do częstości i rozszerzania się raka w odnośnym kraju.

1). Pomimo zlekceważenia mej pracy pozwalam sobie stanowczo zaznaczyć, iż pierwszy w Polsce podjąłem myśl ogłoszenia statystyki przypadków raka na podstawie materjału sekcyjnego, Chełkowski bowiem w pracy swej: Kilka uwag o raku żołądka (Gaz. lek. Nr. 28. 1893) ograniczył się tylko do raków żołądka, wykazując na ogólną ilość sekcyj 3791 przyczynę śmierci z powodu raka żołądka w 152 przypadkach (4%)

2). Praca moja, ograniczająca się do materjału sekcyjnego głównego Szpitala we Lwowie, ogłoszona w roku 1897, jest też pierwszą poważną cegiełką do dalszych studjów rozwoju i szerzenia się raka w Małopolsce wschodniej w zakresie odnośnego piśmiennictwa polskiego (obejmowała okres czasu od 1894–1896 włącznie). Jakżesz więc nieuzasadniony jest zarzut, który podnosi dr. Janusz, nadmieniając, iż »Dr. Krokiewicz nie uwzględnia ani jednego autora ani też żadnej innej pracy, a opiera się na kilkunastu dziesiątkach przypadków i t. d.«, skoro wszystkie inne poważniejsze prace statystyczne później się pojawiły. I tak statystyka Nowickiego ogłoszoną została w r. 1904 (Nowiny lekarskie); Cetnarowskiego w roku 1906 (Przegląd lekarski); Serkowskiego i Maybauma w roku 1906 (Czasopismo lekarskie); Kuhna 1922 (Polska Gazeta lekarska); Weinerta 1922 (Polska Gazeta lekarska). Tam Nowicki w swej pracy podaje; iż »jednymi z pierwszych, zajmujących się zestawieniami raka na większą skalę, byli Anglicy, jak Wiliams i Newsholme i inni.«. (Nowiny lekarskie str. 169) — a o innych statystykach tenże sam autor wyraża się: »nie należy ich brać za liczby ścisłe, ale względnie ścisłe«. Czyż można żądać odemnie uwzględnienia innych autorów polskich i obcokrajowych, którzy dopiero najrychlej 7 lat, a przeważnie w 25 lat później ogłosili swą statystykę po ukazaniu się mej pracy w Nowinach lekarskich? Dziwnem też się wydaje obliczania w mej pracy przypadków raka na dziesiątki w przeciwstawieniu do pracy Nowickiego, obliczanych na setki, skoro istotny stosunek przedstawia się, jak 1:2·8 (132:366).

3). Okoliczność, iż inni autorowie przed ogłoszeniem pracy dr. Janusza nie zwracali uwagi na moją statystykę raków, pozostawiam do oceny czytelników. Z mej strony mogę zapewnić, iż mam wielkie zadośćuczynienie, skoro ś. p. prof. Jaworski (sam nie napisał statystyki o rakach) wyraził się o mej pracy tak pochlebnie w swym znakomitym podręczniku chorób żołądka, wydanym w r. 1899. Uznanie ze strony tego prawdziwie uczonego i zasłużonego profesora jest dla mnie miarodajne.

Prym. Dr. Krokiewicz.

Na powyższem redakcja zamyka dalszą polemikę.

Ruch w Towarzystwach lekarskich. — Zjazdy.

Towarzystwo lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie kliniczne w dniu 18 stycznia 1925 r. w Szpitalu Starozakonnych (na Zawodziu).

1. Kol. St. Kon pokazał: a) chorą z **wysiękiem ropnym obustronnym przymacicza**; po opróżnieniu ropni drogą przez pochwę i sklepienia chora zaczęła się poprawiać;

b) chorą 45 letnią, **operowaną z powodu zastarzałego wypadnięcia pochwy i macicy**; wykonał kolporrhafję przednią i tylną oraz z ustaleniem macicy z wynikiem dobrym; w danym przypadku z powodu nadmiernej otyłości operacja sposobem Alexandra-Adamsa byłaby bardzo utrudniona.

W dyskusji: Zdaniem kol. Wrześniowskiego w tym przypadku można było wykonać usunięcie macicy;

c) chorą po **operacji dużego guza jamy brzusznej** (sięgał na dwa palce powyżej pępka, a ku dołowi do małej miednicy); była to duża torbiel, zrośnięta z otrzewną, w której dnie usadowiony był nieruchomo guz wielkości pięści w stanie rozpadu; wobec niemożności usunięcia doszczętnego tego guza otwartą torbiel wypełniono gazą — następnie wobec podejrzenia złośliwości poddano naświetlaniu Roentgenem (kol. Bram), guz stopniowo zbliżył się do rany skórnej, zaczął się zmniejszać tak, że obecnie pozostała tylko przetoka, sięgająca w głąb na 3–4 cm. Równocześnie ze zmniejszaniem się guza zaczęły się wydzielać drobne kamyczki cholesterynowe z otoczką z węglanu wapnia. Kol. Kon wnioskuje, że miał tu do czynienia z **torbielą skórzastą**, w ostatnim roku złośliwie zwyrodniałą;

d) chorą, u której przed kilku dniami wykonano cięcie **cesarskie z powodu niepodatnej szyjki macicznej**, przewlekania się porodu i słabych tonów serca płodu; pierwiastka 34-letnia, wody odeszły na 24 godziny przed rozpoczęciem pordu, poród trwał 3 doby, otwarcie szyjki pozostawało na dwa palce. Wy-

nik operacji pomyśny zarówno dla matki, jak i dla dziecka. Powstaje pytanie, czy nie należy rozszerzyć wskazań do cięcia cesarskiego w tych przypadkach, gdzie niema pewności co do życia dziecka, gdzie poród może się przedłużyć jeszcze bardzo długo, i — w końcu może wymagać poważniejszego zabiegu od strony pochwy.

W dyskusji przemawiali koledzy: Wrześniowski, Secomski, Łokczewski, Goldman i Franke.

2. Kol. Blumenfeld pokazał chorego w wieku lat 42 z bezładem kończyn dolnych i zaburzeniami czucia głębokiego tychże; Wassermann ujemny, Babiński słabo dodatni, odruchy kolanowe wzmożone; rozpoznaje schorzenie bocznych i tylnych pęczków w okolicy lędźwiowej rdzenia. Krytyczne uwagi co do tego przypadku wygłosił kol. Rożkowski.

3. Kol. Batawia pokazał: a) chorego z objawami parkinsonizmu, leczonego od 9 miesięcy zastrzykiwaniem skopolaminy; stan chorego względnie znośny, o ile przerywa się podawanie tego leku — znacznie się pogarsza; b) chorego w wieku lat 27 z objawami niemoty; choroba datuje się od 2 lat, obecnie jest niemota ruchowa i eleksja. Wassermann ++++; ma być zastosowane leczenie przeciwkiłowe

Kol. B. omówił rozmaite postacie niemoty, tłumacząc ich powstawanie na skreślonym *ad hoc* schemacie ośrodków mowy;

c) pokazał chorą z wybitnem zwężeniem gardzieli i krtani po zastosowaniu leczenia zapomocą diatermji. Wassermann był dodatni. Obecnie szpara, prowadząca do krtani, jest znacznie szersza, oddychanie swobodniejsze, chora może połykać i stałe pokarmy. Pod wpływem diatermji blizny jak gdyby stopniały; reakcja po zabiegu była nieznaczna. Przed elektro-koagulacji kol. B. usunął część blizny kleszczykami krtaniowemi; d) pokazał chorego 15-letniego, u którego zniszczył zapomocą elektrokoagulacji górne części obu powiększonych migdałków. W tym przypadku po zabiegu chory gorączkował (38.5°) w ciągu jednej doby.

4. Kol. Weisberg pokazała 17-letnego chłopca z wrodzoną wadą serca; niedorozwój fizyczny, wybitna sinica, zgrubienia ostatnich członów palców; szmer nad tętnicą płucną, obie komory serca powiększone; rozpoznaje wobec wybitnej sinicy otwarte okienko owalne.

Posiedzenie kliniczne w dniu 8. lutego 1925 r. w Szpitalu N. Marji Panny. (Lekarz naczelny Dr. Wrześniowski).

1. Kol. Goldman wygłosił rzecz: O poronieniach zakażonych i ich leczeniu. Podając wyniki statystyczne (68 przypadków szpitalnych), zaleca kol. G. postępowanie czynne, a mianowicie wyskrobanie macicy szeroką, tępą łyżeczką ewentualnie wycięcie w rzadkich przypadkach uszkodzenia ścian macicy lub silnie przyrośniętego, niedającego się oddzielić łyżeczką łożyska. Badania bakterjologiczne wydzielin mają dotychczas przeważnie znaczenie naukowe.

W dyskusji przemawiali koledzy: Konar, Kędzierski, Grünwaldówna i Wasilewski, odpowiadali kol. Wrześniowski i Goldmann.

2. Kol. Franke odczytał bardzo szczegółową statystykę zabiegów operacyjnych, wykonanych w szpitalu N. Marji Panny w ciągu roku 1924. Ogólna liczba operacyj 546, z tej wyzdrowiało 503, zmarło 43 osoby — odsetek śmiertelności — 7.8%.

3. Tenże pokazał przypadek torbieli trzustki po dokonanym zabiegu operacyjnym, polegającym na otwarciu torbieli i wszyciu jej w ranę ściany brzucha. Guz dotykał powłok brzusznych pomiędzy żołądkiem a okrężnicą. Wynik operacji bardzo korzystny dla chorej. Stan ogólny przed operacją bardzo ciężki poprawił się doskonale, wszelkie przypadłości, zależne od ucisku torbieli na narządy sąsiednie, znikły zupełnie.

Następnie kol. Franke omówił przyczyny powstawania torbieli trzustki, ich anatomję patologiczną i rozpoznawanie, zwracając uwagę na rozmaitą siedzibę guza i rozmaite stosowanie do tego dane, otrzymywane podczas badania brzucha; podał objawy, powodowane upośledzoną czynnością trzustki, rozpoznanie różnicowe i leczenie. Nie należy stosować nakłucia ze względu na łatwe uszkodzenie narządów, sąsiadujących z torbielą, dalej ze względu na krwawienia, jakie mogą powstać do jamy torbieli przy nakłuciu naczyń jej ściany, oraz zaciekania wydzieliny trzustki do jamy otrzewnej. Nie należy starać się bezwzględnie wyłuszczyć ściany torbieli ze względu na niebezpieczeństwo tego zabiegu i częstą niemożliwość z powodu braku właściwej ściany torbieli.

4. Kol. Wrześniowski pokazał: a) chorą, u której badanie roentgenologiczne wykazało przewężenie klepsydrowate żołądka, z czego można było wnosić, że ma ona wrzód na małej krzywiźnie i skurcz ograniczony mięśni; obraz roentgenologiczny nie przemawiał za rakiem. Operacja wykazała wielką i twardą bliznę, łączącą w jedną masę dolną powierzchnię wątroby, całą małą krzywiznę żołądka, odźwiernik i poziomą część dwunastnicy. Wycięcie chorej części żołądka ze względów technicznych było niemożliwe; trzeba było poprzestać na tylnem zespoleniu żołądka z jelitem czczem. Po tym zabiegu wszystkie dolegliwości ustąpiły;

b) pokazał chorego z powtórnem zespoleniem żołądkowo-jelitowem; operowany on był przed kilku laty w Niemczech; ma on bliznę 10-centymetrową w linji białej nad pępkiem. Obecnie cierpi na gwałtowne bóle w nadbrzuszu, szczególnie po jedzeniu, częste wymioty i odbijania. Po otwarciu jamy brzusznej w dawnej bliźnie widać otrzewnę ścienną i trzewną mocno zaczerwienioną z rozszerzonemi i nastrzykniętemi naczyniami. Pozioma część dwunastnicy, spojona z dolną powierzchnią wątroby szeroką twardą blizną, ściskającą dwunastnicę; na tylnej powierzchni żołądka znajduje się zespolenie z początkiem jelita czczego; zespolenie ściśnięte twardą blizną, która zdaje się zamykać zupełnie otwór zespolenia. Zrobiono nowe, przednie zespolenie z dalszą częścią jelita czczego. Po tym zabiegu wszystkie dolegliwości ustały;

c) pokazał chorego ze zwężeniem odźwiernika. Chory ma częste bóle brzucha, odbijanią, wymioty mocno kwaśne masą ciemno zabarwioną; po stałych pokarmach bóle są większe. W jamie brzusznej, poniżej pępka, wyczuwa się poprzeczny, podługowaty, chełbocący guz, który pod wpływem obmacywania twardnieje i wtedy wyczuwają się w nim fale ruchu robaczkowego, zjawisko to sprawia choremu ból;

d) omówił 2 przypadki przedziurawienia żołądka, operowane w szpitalu; jeden po 22 godzinach, drugi więcej niż po 24. Oba zakończyły się śmiercią. Pierwszy nie był rozpoznany przez wezwanego lekarza. Z tego powodu kol. W. przypomina objawy przedziurawienia żołądka do wolnej jamy otrzewnej zależnie od okresu choroby, przebieg, rozpoznanie różnicowe, sposoby operowania oraz przytacza dane statystyczne wyników operacyjnych w zależności od czasu, jaki upłynął od chwili przedziurawienia do chwili operacji;

e) pokazał chorego z urazowem pęknięciem nerki wskutek kopnięcia kopytem końskiem w lędźwie. Chory przybył do szpitalu z objawami ropnia w okolicy lędźwiowej lewej. Po nacięciu wypłynęła rzadka ropa, zmieszana z moczem tak, że dopiero zabieg operacyjny wykazał, że był to ropiejący zaciek moczowy i że spowodowała go była pęknięta nerka. — W ranę włożono sączek gumowy i gazę. Z początku wyciekała duża ilość moczu, obecnie wycieka znacznie mniej.

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

Towarzystwo lekarzy polskich byłej Galicji

Sekcja Rzeszowska.

Posiedzenie naukowe w dniu 18 kwietnia 1925. Obecnych 15 członków.

1, Kol. Hinze przedstawił: a) cztery osoby w młodym wieku i jednego mężczyznę w 50 roku po operacyjnom usunięciu wyrostka robaczkowego.

Mówca nadmienia, że w ostatnich 3 miesiącach wykonano w szpitalu 40 zabiegów operacyjnych z powodu, już to ostrego już to podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego. Wiek chorych był przeważnie młody. Najmłodsza osoba lat 6, najstarsza lat 60. Udział mężczyzn i kobiet jednakowy. Zmarła jedna osoba, po przebiciu wklnem ropnia do jamy brzusznej czwartego dnia (?) od wystąpienia objawów.

Wszystkich chorych operowano w ten sposób, że jamę brzuszną setonowano. Ostrożność ta okazała się zupełnie usprawiedliwioną, gdyż nawet w przypadkach przedstawiających się zupełnie niewinnie, w których w czasie zabiegu nie stwierdzono ani ropy, ani zmian głębszych w wyrostku, przychodziło w dalszym ciągu gojenia do obfitego wydzielania z jamy brzusz ej (częstokroć cuchnącej ropy!). Zaszywać jamę brzuszną na głucho można było tylko w wyjątkowych przypadkach.

W dyskusji kol. Zagórski zapytuje o przyczynę takiego licznego występowania zapaleń wyrostka. Kol. Hinze podnosi równoczesne pojawienie się epidemji grypy, która, aczkolwiek o przebiegach lekkich, wywoływała niejednokrotnie powikłania nieżytowe ostre przewodu pokarmowego. Nie ulega wątpliwości, że większa część schorzeń wyrostka, zapoczątkowało zakażenie grypowe, do którego następowo dołączyć się mogły inne chorobotwórcze drobnoustroje. Sprawa wyrostka podobną jest do innych powikłań grypowych n. p. do ucha środkowego: zatoki Highmora i t. d.

2. Kol. Hinze pokazał: a) czterech ozdrowieńców po operacji wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy. Trzy razy wykonano zespolenie tylne, raz wycięcie żołądka $^1/_3$ z odźwiernikiem i z częścią dwunastnicy. Mówca przedstawia równocześnie preparat wyciętego żołądka. Wrzód, umiejscowiony w odźwierniku, przechodził na dwunastnicę i zrośnięty był z trzustką. Trzustka stanowiła raczej dno wrzodu. Oddzielanie części chorej było dosyć trudne i powiodło się jedynie, z otwarciem światła dwunastnicy. (Był to raczej brak wywołany wrzodem trawiennym). Zamknięcie dwunastnicy napotykało na pewne trudności tak, że trzeba było użyć sieci do pokrycia kikuta. Przebieg gojenia był prawidłowy. Podnieść należy znakomity przebieg po zespoleniu żołądkowo-jelitowem tylnem — u trzech chorych następnych i zapytać się, czy także i w tym przypadku, w którym wykonano wycięcie, nie wystarczyłoby ograniczyć się tylko do zespolenia. Zespolenie tylne wykonano po wciągnięciu i wszyciu dokładnem tylnej ściany żołądka na znacznej przestrzeni w kreskę rozszczepioną poprzecznicy;

b) ozdrowieńca lat 55 po usunięciu 40 cm odbytnicy wraz z odbytem, tkanką okołoodbytową i z gruczołami chłonnemi. Chory zniósł ciężki zabieg bardzo dobrze i szybko powraca do

sił. Mówca podnosi trudność w ocenie stopnia odżywienia jelita, mającego służyć za nowy odbyt; ani bowiem sposób Rottera, ani też studjum połączeń naczyniowych, nie zabezpiecza chorego przed obumarciem jelita. Jedynie spostrzeganie żywotności tkanek podczas zabiegu, jak tętnienie, krwawienie po przecięciu jelita, daje jakie takie szanse pewności! Dużo zależy od sił chorego i najlepiej wybrany kikut może przy słabej czynności serca, obumrzeć. Równocześnie mówca przedstawia preparat, okazujący daleko posunięte zmiany nowotworowe z rozpadem idącym do otrzewnej i w głąb tkanki okołoodbytowej;

c) uszkodzonego lat 20 z ciężką raną postrzałową wątroby. Z głębi rany wydobyto dwa odłamki granatu wielkości dłoni dziecka. Ranę wypełniono gazą jodoformową. Przebieg dobry. Z rany wydziela się nieco żółci;

d) dwie osoby po **usunięciu rozległego wola**. U jednej wykonano zabieg dwuczasowo. Połowę wola usunięto przed rokiem, następną połowę obecnie, Stan dobry. Doraźne usunięcie nięcie wielkich woli jest zabiegiem niekiedy zbyt ciężkim — i przy najlepszej technice naraża chorych na wielkie niebezpieczeństwo. Przy operacji dwuczasowej należy pamiętać, o zbadaniu wziernikiem krtani i mieć pewność dobrego funkcjonowania więzadeł głosowych. Albowiem po najlepiej dokonanych zabiegach zdarzają się porażenia więzadeł jednostronnie, nie wywołujące żadnych widocznych objawów — a wówczas, porażenie drugiego więzadły byłoby katastrofalnem;

3. Kol. Biliński omawia **stosowanie zawiesiny kreozotalu z eukalyptolem, przy leczeniu duru brzusznego**. Zawiesinę sporząda z mlekiem i podaje trzy razy dnia, po 30 kropli kreozotalu i po 3 krople eukalyptolu. Wpływa to korzystnie na ciepłotę i łagodzi objawy schorzenia ogólnego. Mówca przedstawia tablice gorączkowe u chorych w ten sposób leczonych — badanie Widala było również przeprowadzone.

W dyskusji kol. Feldmaus zapytuje o wpływ leczniczy kreozotalu na schorzenie durowe poza dodatniem oddziaływaniem na ciepłotę.

4. W końcu omawiano sprawę przymusowego zabezpieczania emerytalnego lekarzy i uznano doniosłość tej akcji. Młodzi lekarze chętnie poniosą ciężary, jakie to ubezpieczenie na nich włoży — chociaż w dzisiejszych czasach źródła ich dochodów są nieliczne.

Polskie Towarzystwo otolaryngologiczne we Lwowie

Doroczne Walne Zebranie i posiedzenie naukowe z dnia 4. grudnia 1924 r.

Przewodniczy: prof. Zalewski.

Obecnych 12 członków.

Wedle sprawozdania Zarządu odbyło się w r. 1924 — 8. posiedzeń naukowych, na których liczba uczestników wahała się od 8—14 (przy ogólnej liczbie 16 członków). Przedstawionych i omówionych przypadków było 22, a mianowicie:

1) Kość z przełyku, wydobyta przez oesophagoskopję, 2) ropne zapalenie jamy szczękowej z przebiciem na zewnątrz, 3) roentgenogram jam bocznych nosa, 4) 3 przypadki zakrzepów zatoki żylnej, w przebiegu ropnego zapalenia ucha środkowego, wyleczonych operatywnie po podwiązaniu żyły szyjnej, 5) 2 przypadki plastyki otworów tchawicowych, 6) 1 przypadek plastycznego wypełnienia jamy po operacji radykalnej ucha sposobem Zalewskiego, 7) 2 przypadki poprawy nosa siodełkowatego przez wszczepienie blaszki kostnej, 8) 4 przypadki ciała obcego w przełyku dzieci, wydobytego przez oesophagoskopję, 9) przypadek ciała obcego (fasola) z oskrzela dziecka, wydobytego przez bronchoskopję dolną, 10) przypadek *herpes zoster oticus*, 11) przypadek nadmiernego przerostu migdałka językowego (*Hypertrophia tonsillo linqualis*), 12) przypadek zejścia śmiertelnego wskutek ropienia okołomigdałkowego z następową posocznicą, 13) *endothelioma vestibuli nasi*, operowane radykalnie, 14) przypadek III rzędnej kiły krtani, 15) *fibroma molle nasi et epipharyngis*. Prócz wymienionych przypadków odbywały się referaty pism otolaryngologicznych zagranicznych. Odczyty wygłaszane były przez członków na posiedzeniach T-wa lekarskiego lwowskiego.

Roczna wkładka dla członków wynosi 29 złotych razem z prenumeratą »Przeglądu oto-laryngologicznego«. W końcu wybrano nowy Zarząd w składzie: Przewodniczący: Kol. Zalewski, zastępca przew.: kol. Skrowaczewski, skarbnik: kol. Reinhold, sekretarz: kol. Kuźniar.

Nadto odbyło się posiedzenie naukowe, na którem kol. Dobrzański przedstawił: 1) **szpilkę wyjętą z krtani** w laryngoskopja directa (przypadek przedstawiony był w Tow. lek.), 2) **kość długości 4 cm** z kury, która tkwiła w zatoce gruszkowatej lewej (*sinus piriformis sin*) i była początkowo przy badaniu lusterkiem krtaniowem niewidoczna. Prześwietlenie roentgenologiczne dało wynik ujemny. Można było widzieć początkowo w lusterku krtaniowem obrzęk nieznaczny i zaczerwienienie chrząstki nalewkowej lewej i śluzowo ropną wydzielinę w zatoce gruszkowatej lewej. Dopiero po znieczuleniu kokainowo-adrenalinowem, przez co się obrzęk nieco zmniejszył, ukazał się jeden koniec blaszki kostnej, który zachwycono szczypczykami krtaniowemi i wydobyto na zewnątrz. Blaszka kostna tkwiła przez pięć dni, dając, prócz bólów przy połykaniu, obrzęk i bolesność na ucisk na zewnątrz krtani. Przebieg następujący był zupełnie pomyślny — chora bowiem po 4 dniach bez bólów przy połykaniu i ciepłoty mogła być wypisaną. Mówca podkreśla, że podobne przypadki są znane, ale rzadkie, i dlatego zwraca uwagę na dwie rzeczy: 1) że prześwietlenie reontgenologiczne nie daje bezwzględnie pewnych wyników w razie obecności kości, 2) że p zed oesophagoskopią powinno się zbadać dobrze zatoki gruszkowate, gdzie ciała obce, zwłaszcza ostre, mogą tkwić.

Sekretarz *Dr. Dobrzański.*

Łuckie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie naukowe w dniu 16 stycznia 1925 r.

1. Kol. Mininzon pokazał:

a) **wyciętą macicę z powodu pęknięcia** w okolicy dna w 5-tym miesiącu ciąży. Chora, 30 lat, przebyła 2 porody prawidłowo, ostatni w roku 1923. W sierpniu 1924 r. zatrzymanie się miesiączkowania. Dn. 3. I. 1925 r. objawy wewnętrznego krwotoku. Pomimo stanu bardzo ciężkiego, chora pomyślnie odbyła podróż do szpitala izraelickiego wozem, z miasteczka odległego od Łucka o 50 kilometrów. Dn. 4. I. — operacja; przez laparotomję, usunięcie płodu z nieuszkodzonym workiem i łożyskiem, usunięcie macicy (*amputatio supravaginalis*), wprowadzono worek Mikulicza. Zejście pomyślne;

b) omówił **2 przypadki ciąży zewnątrz-macicznej**. nieprzerwanej późniejszego okresu: 1) 6 mies. ciąży z żywym płodem, 2) prawie donoszonej z płodem obumarłym — operowane, różnemi czasy z zejściem pomyślnem dla matek przytem pokazał płód i guz płodowy (łożysko i błony).

Posiedzenie naukowe w dniu 23 stycznia 1925 r.

1. Kol. Mininzon: a) **Przyczynek do rozszerzenia szyjki macicznej za pomocą pręcików pęczniejących.** Prelegent na podstawie jednego przypadku zastosowania *laminariae digitatae*, w którym zmuszony był, celem wydalenia pręcika, wykonać cięcie szyjki macicznej, oraz na podstawie piśmiennictwa (polskiego, niemieckiego i rosyjskiego) wnioskuje, że zabieg ten jest niebezpieczny nawet przy umiejętnem zastosowaniu i może być zawsze zastąpiony przez pewniejszy sposób, za jaki uważa rozszerzadła Hegara;

b) **dwa przypadki raka sutka**, operowane doszczętnie z dobrem zejściem. Pokaz chorych i preparatów anatomo-patologicznych. Omawiając sposoby operowania i, podkreśliwszy, że wyniki nawet doszczętnego operowania są niestety bardze złe wobec nawrotów, prelegent uważa za jedną z przyczyn późne zwracanie się chorych o pomoc lekarską.

Posiedzenie naukowe w dniu 1 lutego 1925 r.

1. Kol. Bujwid wygłosił odczyt: **O zaopatrzeniu miast w wodę.** Dodatkowo mówił: **O walce z płonicą** za pomocą szczepionek ochronnych, o bakterjofagach i metodzie stężenia jonów wodorowych.

Wodociągi bywają najczęściej zaopatrywane w wodę źródlaną, rzeczną lub gruntową. Obecnie najczęściej zostaje zastosowana woda rzeczna przy urządzeniu filtrów piaskowych i osadników, lub filtrów amerykańskich szybko filtrujących przy użyciu koagulantów (ałun, siarczan glinowy), a następnie chlorowania. Wystarcza $\frac{1}{3}$—$\frac{1}{2}$ miligr. czynnego chloru do usunięcia bakteryj. W ostatnich czasach prawie wszystkie miasta Stanów Zjednoczonych używają chloru do oczyszczenia wody, zarzucając dawne metody (ultrafjoletowe promienie, ozon). Stosuje się tez filtry kaskadowe Pucch-Hebd'a. Woda gruntowa ma ten brak, że studnie często nie dają dostatecznej ilości, oraz że często musimy stosować odmanganowywanie i odżelezianie. Wodociągi należy łączyć z kanalizacją.

Ameryka bardzo usilnie popiera obecnie szczepienie metodą Dick'a w zastosowaniu do płonicy. Zdaniem tego autora płonica jest wynikiem działania właściwego paciorkowca hemolitycznego, który wytwarza toksyny. Przez szczepienie doskórne można określić, czy osobnik jest wrażliwym na płonicę, czy nie, i potem szczepić ochronną szczepionką paciorkowcową opisaną dawniej przez Gabritschewskiego i Bujwida oraz Gertlera. Pracę w Warszawie prowadzi w tym kierunku Dr. Przemycki i Dr. Hirszfeldowa, w Krakowie docent Bujak i prof. Bujwid. D'Herelle w instytucie Pasteur'a odkrył szczególną własność wydzieliny kiszkowej osobników uzdrowionych po czerwonce typu Shiga. Filtrat przez glinkową świeczkę zmieszany z hodowlą rozpuszcza kolonje Shiga. Można tak otrzymanego bakterjofaga przyzwyczaić do rozpuszczania kolonij bakt. durowych i innych. Jest możliwem, że taki bakterjofag niszczy w wodzie bakterje chorobotwórcze. Nie można dotąd określić natury bjologicznej bakterjofaga. Dr. Feiginówna w Instytucie Epidemicznym w Warszawie stwierdza, że dur plamisty pochodzi od odmieńca (proteus X_{19}) pod działaniem bakterjofaga.

Metoda stężenia jonów wodorowych znajduje zastosowanie przy określaniu odczynu płynów, Za pomocą określania PH można rozpoznać delikatne odcienia różnicy odczynów. Demonstracja mięszaniny, dającej skalę PH 3 aż do PH 10«.

Dr. W. Lipiński, sekretarz.

Polskie Towarzystwo Higjeniczne we Lwowie.

VI. Posiedzenie Wydziału w dniu 23 lutego 1925 r.

Przewodniczy Dr. Opieński, protokołuje Dr. Garbień.

Obecni: prof. dr. Nowicki, dr. Mosler, dr. Mikołajski, dr. Fuchs, dr. Zgórski, dr. Kuhn i p. Rudnicka jako delegat Sekcji higjeny i wychow. fizycz. Tow. Naucz. Szkół Wyższych.

Przed przystąpieniem do porządku dziennego przewodniczący poświęca słowa wspomnienia zmarłemu 6. II. b. r. wiceprezesowi Towarzystwa ś. p. Drowi Leonowi Krzemickiemu. Pamięć Zmarłego uczcili obecni przez powstanie.

Po odczytaniu protokołu z ostatniego posiedzenia wybrano przewodniczącym komitetu redakcyjnego »Bibljoteczki Higjenicznej« prof. Dra Nowickiego; referat odczytowy prowizorycznie obejmie dr. Opieński.

Sprawozdanie Komitetu redakcyjnego: »Bibljoteczki Higjenicznej« składa prof. dr. Nowicki. Dotychczas wydano w nakładzie »Książnicy« 5 broszur: 1) Doc. dr. Sabatowski: O gruźlicy, 3 ark. druku, cena 1,20 zł. — 2) Dr. Łuczyński: Czy i jak można zapobiec chorobie serca $6^1/_2$ ark. 2,40 zł. — 3) Dr. Krzemicki: O chorobach wenerycznych i higjenie życia płciowego, 4 ark. 1,50 zł. — 4) Prof. dr. Niemczycki: Higjena mleka, 4 ark. 1,50 zł. — 5) Prof. dr. Lenartowicz: Higjena skóry i włosów $8^1/_3$ ark. 3,0 zł.

Obecnie ukaże się: 6) Prof. dr. Nowicki: O chorobach zakaźnych, 6 ark. — przeczytane i oddane do druku są następne dwie: 7) Dr. Hilarowicz: Pierwsza pomoc w nagłych wypadkach 6 ark., około 30 ilustracyj i 8) Doc. dr. Progulski: Higjena niemowlęcia 5 ark., z 20 ilustracjami oryginalnemi. W drodze z Nowego Jorku jest praca: 9) Doc. dr. Koskowski: O nikotynie. W marcu ma Komitet otrzymać rękopisy dalszych prac: 10) Dr. Ruff: O zapobieganiu zniekształceniom ciała i 11) Prof. dr. Cieszyński: O higjenie jamy ust. W terminie do lipca b. r. obiecali rękopisy: 12) Prof. dr. Franke: Higjena nerek. 13) Doc. Dr. Janiszewski: Sprawa mieszkaniowa, jako zagadnienienie społeczne i higjena mieszkania. Nadto prof. dr. Ciechanowski na temat wychowania fizycznego, doc. dr. Artziński »O nerwowości u dzieci« i »Higjena pracy umysłowej«.

Sprawozdanie sekcji odczytowej przedstawia dr. Opieński. W styczniu i lutym b. r. urządzono popularnych wykładów higjenicznych w kinie »Kopernik« 5. Przygotowano wykłady na każdą niedzielę do 17 maja z pauzą dwutygodniową świąteczną. Dochód za styczeń i luty 258,09 zł., rozchód 163,83 zł. Inwentarz przeźroczy wykazuje cyfrę 388.

W dyskusji podnosi prof. Nowicki konieczność prowadzenia propagandy higjeny zapomocą filmu. Uchwalono zwrócić się przez Tow. Hig. w Warszawie do wytwórni filmów, by po dostarczeniu im libretta dla pewnych kwestyj higjenicznych sporządziły filmy.

Po referacie p. Rudnickiej uchwalono urządzić 3 lub 4 wykłady o gruźlicy dla młodzieży starszej szkół średnich we Lwowie.

Sprawozdanie sekcji higjeny sportu składa dr. Fuchs. Poradnia lekarska dla sportowców zostanie otwarta w początkach marca przy Zakładzie patologji ogólnej prof. Frankego. Z wiosną konieczne będzie przeniesienie pracowni na boiska sportowe. Potrzebny lokal w budynku murowanym posiadają »Czarni« którzy są gotowi oddać Towarzystwu jedną ubikację, o ile otrzymają 400 zł. pożyczki na wykończenie budowy. Przeźrocza nasze z zakresu higjeny sportu są obecnie wypożyczone w Krakowie dla klubów »A. Z. S.« i »Cracovia«. Związek Związków sportowych zainteresował się naszemi przeźroczami. Przystąpimy do sporządzenia wzorowych seryj z dziedziny higjeny sportu.

Uchwalono dla sekcji higjeny sportu kredyty: jednorazowo 100 zł. na przeźrocza i 400 zł pożyczkę dla klubu »Czarnych« za dobrą poręką miesięcznie 20 zł. na potrzeby poradni.

Po referacie dra Opieńskiego w sprawie posiedzenia Rady Tow. Hig. w Warszawie wybrano delegatem lwowskim dra Opieńskiego, wypowiedziano się przeciw zawiązywaniu sekcji propagandy, jako bezcelowej na naszym terenie, uchwalono poruszyć sprawy:

1) skoordynowanej pracy z Polskim Komitetem zwalczania raka,

2) propagandy higjeny zapomocą filmu.

Na wniosek dra Mikołajskiego uchwalono ogłaszać protokoły posiedzeń w »Polskiej Gazecie Lekarskiej« i prosić redakcję o ich umieszczanie.

Na wniosek dra Opieńskiego odłożono do następnego posiedzenia decyzję w sprawie funduszu im. dra Leona Krzemickiego, na który składają się następujące kwoty: 309 zł. złożonych przez dra Zgórskiego, a zebranych za jego inicjatywą na posiedzeniu Lwowskiego Tow. Lekarskiego, 500 zł. dar rodziny zmarłego i 100 zł. zdeklarowanych przez »Serovac«.

Sprawę Walnego Zgromadzenia odłożono do następnego posiedzenia.

Dr. Garbień, sekretarz.

Sekcja lekarska T. W. W. Garnizonu w Stanisławowie.

Posiedzenie naukowe w dniu 21 lutego 1925. r.

Przewodniczący: Pułk. lek. dr. Axentowicz.
Obecnych lekarzy 10, w tem 3 cywilnych.

Dr. Feil lek. kontr. Szpitala rejonowego Stanisławów wygłosił odczyt: **O leczeniu lampą kwarcową.** — Mówca przedstawił krótką historję leczenia słońcem naturalnem (od Finsena) wskazania dla leczenia i skuteczne wyniki zwłaszcza przy gruźlicy kości. Następnie o działaniu promieni fioletowych uzyskanych przy naświetlaniu lampą kwarcową, t. j. sztucznem słońcem górskiem, teorja działania tych promieni i technika naświetlań. Po odczycie mówca zademonstrował lampę kwarcową, wyjaśniając, skład tejże i praktyczny sposób naświetleń. Pułk. lek. dr. Axentowicz omawiał kilka bieżących spraw z dziedziny wiedzy sanitarnej.

Posiedzenie naukowe w dniu 21. marca 1925.

Przewodniczący: Pułk. lek. dr Axentowicz
Obecnych lekarzy 9, w tem 3 cywilnych.

Pułk. lek. dr. Axentowicz przedstawił konieczność abonowania Lekarza Wojskowego, jako jedynego organu lekarzy wojskowych, zachęcających do współpracy na polu medycyny.

1. Mjr. lek. dr. Pęski Ernest pokazał przypadek (niezupełnie wyjaśniony) u więźnia-szeregowca, który podaje, że zachorował przed $1^1/_2$ miąsiącem z objawami zatrzymania moczu przez przeciąg trzech dni, znacznem pragnieniem i bólami poniżej pępka, zwłaszcza po stronie lewej powyżej pachwiny. Przez kilka dni cewnikowany (w szpitalu w Lublinie) oddawał następnie mocz prawidłowo do obecnej chwili, podczas gdy bolesność istnieje nadal w tem samem miejscu. Stan obecny: mężczyzna o dobrej budowie, język wilgotny i lekko obłożony, brzuch jest wzdęty, wypuk bębenkowy, jedynie powyżej pachwiny lewej stwierdza się stłumienie nieprzesuwalne przy zmianie położenia ciała, na przestrzeni szerokości dłoni. Objawy utrudnionej drążności kiszek, stolec wskazuje na swężenie kiszki, chory oddaje stolec jedynie po lawatywie. W ostatnich czasach obwód brzucha powiększył się. Objawy te, umiejscowienie jakoteż wiek chorego budzą silne podejrzenie na obecność guza w okolicy kiszki grubej. Najprawdopodobniej jest guz złośliwy (mięsak), szybko rosnący. W miarę wystąpienia dalszych objawów zostanie ponownie przedstawiony ewentualnie po prześwietl niu.

2. Dr. Fell Leon przedstawił: a) dwóch chorych z zapaleniem opłucnej jako powikłaniem po influency, panującej przez kilka dni w 49 p. p. s. k.;

b) w związku z zatruciem dziecka nadmierną dawką ol. chenopodii (ogłoszone w Polskiej Gazecie lekarskiej) przedstawił krótko, sposób dawkowania tego środka u dzieci.

Ponieważ częściowo wyleczony naświetlaniem lampą kwarcową przypadek serophudelma u szeregowca ze stanu szpitala tut. zcstał pokazany.

Sekretarz: *Dr. Feil.*
Przewodniczący: *Pułk. lek. Dr. Axentowicz.*

XII. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w warszawie.
Sekcja medycyny wojskowej.

Do końca kwietnia r. b. zgłoszone zostały następujące odczyty w Sekcji medycyny wojskowej Zjazdu:

A. Tematy programowe:

1. »Wyżywienie wojska i ludności cywilnej podczas wojny«. Ref. mjr. lek. G. Szulc, koref. płk. int. Romański.

2. »Powszechne wychowanie fizyczne, jako podstawa przygotowania ludności do wojny«. Ref. prof. Ciechanowski z Krakowa, koref. ppłk. lek. W. Osmolski.

3. »Lekarze i przyrodnicy a obrona gazowa Państwa«. Ref. ppłk. Wojnicz-Sianorzęcki.

B. Tematy poszczególne.

1. Gen. dr. W. Horodyński: Lotnictwo sanitarne w czasie pokoju i wojny« (bardzo pożądany udział innych Sekcyj). 2. Płk. doc. dr. L. Karwacki: »Zakażenia ran postrzałowych«. 3. Prof. dr. L. Kryński: »Współczesne poglądy na leczenie ran«. 4) Ppłk. dr. Nelken: »Zaburzenia psychiczne w wojsku a sprawa udawania«. 5) Ppłk. dr. B. Szarecki: »Pochodzenie przepuklin urazowych«. 6) Płk. dr. Rudzki: »Dobór rekruta a gruźlica«. 7) Dr. J. Mydlarski: »O różnicach wartości fizycznej żołnierza w świetle antropologji«. 8) Kpt. dr. M. Albiński: »Z zagadnień psychologiczno-wychowawczych w wojsku«. 9) Kpt. dr. M. Albiński: »O naukowych podstawach organizacji wojska«.

Sekcja przypomina, że ostateczny termin zgłoszenia odczytów wraz z ich streszczeniem mija w połowie maja b. r.

Czynny udział Kolegów cywilnych, zwłaszcza rezerwy, jak również P. P. Członków Sekcyj przyrodniczych, w posiedzeniach Sekcji medycyny wojskowej jest bardzo pożądany. Główne bowiem tematy w tej sekcji poruszać będą zagadnie-

nia z dziedziny medycyny, higjeny i przyrody, związane z obroną państwa, która powinna być dziełem nie tylko wojska, lecz wszystkich warstw narodu, z jego inteligencją na czele.

Warszawa, dnia 21. IV. 1925 r.

Przewodniczący Sekcji Med. Wojsk.

Zembrzuski, płk.

Sprawy zawodowe.

Naczelna Izba lekarska.

Posiedzenie w dniu 25. stycznia 1925 roku.

Obecni: Bączkiewicz, Bełkowski, Bogucki, Gantz, Garlicka, Kozerski, Przyborowski, Radziwiłłowicz, Smiechowski—(Izba Warszawsko-Białostocka), Panieński (2 mandaty) — Izba Poznańsko-Pomorska, Ciechanowski, Strzemieński, Wróblewski — (Izba Krakowsk) Nowicki, Papée (3 mandaty) Zgórski — Izba Lwowska, Drożdż, Wiszniewski — Izba Lubelska, Tomaszewski (Izba Łódzka).

Posiedzenie zagaił Przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej Dr. Bączkiewicz i oznajmił, że w zastępstwie członka N. I. L. i wiceprzewodniczącego Zarządu Dr. Dembińskiego przybył Dr. Panieński z Poznania, zastępca członka Naczelnej Izby Lekarskiej. Dr. Panieński otrzymał nadto 2 mandaty na piśmie od 2-ch członków N. I. L. z Izby Poznańsko-Pomorskiej na pod stawie uchwały Izby Naczelnej z dnia 27. stycznia 1924 r. Także mandaty na piśmie otrzymali: jeden Dr. Strzemieński od Izby Krakowskiej i trzy Dr. Papée od Izby Lwowskiej. Członek Naczelnej Izby Lekarskiej Dr. Goldflam złożył mandat i na jego miejsce wszedł z listy zastępców Dr. Gantz. Na propozycję Przewodniczącego przyjęto rozesłany członkom N. I. L. porządek dzienny, przyczem dodano jeszcze do porządku dziennego dwa punkty:

1. W sprawie interpretacji art. 17 Ustawy o praktyce lekarskiej (wniosek Izby Poznańsko-Pomorskiej).

2. W sprawie emerytur dla rodzin lekarzy, poległych w walce z epidemjami.

Po ustaleniu porządku dziennego sekretarz Izby Naczelnej Dr. Bełkowski **odczytał protokół posiedzenia Izby Naczelnej z dnia 27. stycznia 1924, który przyjęto bez dyskusji.**

Następnie Dr. Bełkowski **odczytał sprawozdanie z działalności Naczelnej Izby Lekarskiej za rok 1924.**

Z powodu sprawozdania tego wywiązała się żywa dyskusja:

Prof. Ciechanowski zaproponował przyjęcie sprawozdania, lecz odnośnie do działalności Izby Naczelnej na przyszłość zgłosił wnioski następujące: 1. Ażeby Wydział Wykonawczy Izby Naczelnej wystąpił do Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia z wnioskiem powołania do życia Izby Lekarskiej w Województwie Śląskiem na podstawie art. 2 z Ustawy o Izbach Lekarskich, 2. ażeby Wydział Wykonawczy Izby Naczelnej zajął się sprawami zdrowia publicznego i wezwał poszczególne izby, ażeby w tych sprawach zwracały się do Izby Naczelnej, 3. ażeby Wydział Wykonawczy N. I. L. podjął wszelkie kroki w celu powołania do życia Najwyższej Rady Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych i przywrócenia perjodycznych sprawozdań o sprawach zdrowia publicznego, 4. ażeby roczne sprawozdanie Wydziału Wykonawczego były drukowane i rozsyłane przed dorocznem posiedzeniem wszystkim członkom Izby Naczelnej.

Dr. Radziwiłłowicz poddał krytyce działalność Wydziału Wykonawczego N. I. L. Zdaniem Dr. Radziwiłłowicza Wydział zbyt dużo energji poświęcił pracy biurowej, a zaniedbał sprawy zdrowia publicznego, w których to sprawach Wydział ma obowiązek występować do Władz z inicjatywą własną. Wychodząc z tego założenia Dr. Radziwiłłowicz poparł wnioski prof. Ciechanowskiego.

Dr. Tomaszewski oświadczył, że Izba Łódzka dwukrotnie zwracała się do Wydziału Wykonawczego z projektem przywrócenia stanowisk lekarzy sądowych, a Wydział Wykonawczy dotąd nie poczynił żadnych kroków w tej sprawie. Nadto Dr. Tomaszewski zgłosił wniosek, ażeby Wydział Wykonawczy zorganizował zjazd przewodniczących wszystkich sądów izb lekarskich w celu ujednostajnienia regulaminów sądowych.

Dr. Drożdż poparł wnioski prof. Ciechanowskiego, a nadto zgłosił wniosek o powołaniu do życia Izby Lekarskiej w Wilnie.

Dr. Garlicka zaproponowała wykreślenie ze sprawozdania ustępu o motywach ustąpienia z Sądu N. I. L. prof. Mazurkiewicza, gdyż, zdaniem jej, przytoczone motywy możnaby tłómaczyń w sposób dowolny.

Dr. Papée wystąpił z dezydaratem energicznego poparcia projektu nowelizacji ustawy o kasach chorych, który Wydział Wykonawczy przesłał Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

Skarbnik Naczelnej Izby Lekarskiej Dr. Bogucki poparł wniosek Dr. Radziwiłłowicza, ażeby Wydział Wykonawczy występował do Urzędów Centralnych w sprawach zdrowia publicznego z własną inicjatywą, oraz ażeby Wydział Wykonawczy w tym celu wszedł w kontakt ze Związkiem Sejmików i ze Związkiem Miast.

Wreszcie Dr. Strzemieński oświadczył, że sprawozdanie Izby Krakowskiej na rok 1923 zostało przesłane Izbie Naczelnej i wobec tego odnośny ustęp w sprawozdaniu Izby Naczelnej co do tej sprawy należałoby sprostować.

W odpowiedzi na wypowiedziane opinje co do działalności Wydziału Wykonawczego w roku 1924 zabierali głos Przewodniczący Dr. Bączkiewicz oraz sekretarz Dr. Bełkowski.

Dr. Bączkiewicz oświadczył, że prace biurowe, które miały na celu organizację Izby Naczelne, nie należą do prac drugorzędnych. Każda instytucja, zanim rozpocznie swoją działalność, musi być przedewszystkiem zorganizowana. Wniosek prof. Ciechanowskiego co do powołania do życia Izby Śląskiej na podstawie art. 2 z Ustawy o Izbach Lekarskich był już rozpatrywany przez prawników z ramienia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Śląsk ma swój statut Autonomiczny i ustawa o izbach lekarskich może być rozciągnięta na województwo Śląskie, ale tylko w drodze Ustawodawczej, i w sprawie tej Wydział Wykonawczy wystąpił już z wnioskiem do Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Ustawa o Izbach lekarskich ma być rozciągnięta wkrótce i na Ziemię Wileńską i w sprawie tej Wydział Wykonawczy porozumiewał się niejednokrotnie z Generalną Dyrekcją Służby Zdrowia. Wydział Wykonawczy jest zdania, że nadmierny pośpiech w tej sprawie byłby niepożądany, bez uprzedniego określenia dokładnego liczby lekarzy tej dzielnicy, co na wniosek Naczelnej Izby Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia zarządziła. Wniosek Izby Łódzkiej co do przywrócenia stanowisk lekarzy sądowych byłby już dawno skierowany na właściwe tory, gdyby Izba Łódzka nadesłała motywy do tej sprawy. Wydział Wykonawczy nie może występować do władz z postulatami nieumotywowanemi. Sprawozdania Izby Krakowskiej za rok 1923 Wydział Wykonawczy nie otrzymał, nie mógł więc w sprawozdaniu rocznem podawać w tej sprawie wzmianki odwrotnej. Wbrew twierdzeniu Dr. Radziwiłłowicza Dr. Bączkiewicz jest zdania, że sprawy poruszane przez Wydział Wykonawczy, nie należały do drugorzędnych. Dość przytoczyć tu s rawę projektu nowelizacji Ustawy o kasach chorych, sprawę reorganizacji Ministerstwa Zdrowia, obronę instytucyj lekarskich i t. p. Nadto Dr. Bączkiewico zaznaczył, że Zarząd stale dążył do zapoczątkowania współdziałania z Rządem w sprawach sanitarnych i Dr. Bączkiewicz, jako przewodniczący, w porozumieniu z Zarządem dwukrotnie osobiście przedstawiał tę sprawę p. Generalnemu Dyrektorowi Służby Zdrowia, lecz niestety dotąd ta sprawa nie została uskuteczniona. Przytem Zarząd N. I. L. nie będąc powołanym do współdziałania z Rządem, a zatem stojąc zdala od biegu spraw zdrowotnych w Państwie, nie może występować z ini jatywą, tembardziej, że Izba Naczelna, niedziałając na określonem terytorjum, nie spotyka się bezpośrednio z wymogami życia. Jeżeli jednakże Izba Naczelna podziela pod tym względem pogląd Dr. Radziwiłłowicza, to Dr. Bączkiewicz stawia na porządek dzienny sprawę zaufania dla Wydziału Wykonawczego.

Dr. Bełkowski oświadczył, że krytykowanie Wydziału Wykonawczego z powodu braku z jego strony inicjatywy w sprawach zdrowia publicznego w Państwie, jest to wyszukiwanie kozła ofiarnego, na którego głowę można złożyć winę za niewypełnienie tego, co należy do obowiązków instytucyj rządowych, specjalnie ad hoc powołanych, oraz instytucyj samorządowych tegoż rodzaju. Ustawa o Izbach Lekarskich powołuje Izby Lekarskie do współdziałania z Rządem w sprawach zdrowia publicznego, ale nie oddaje tych spraw wyłącznie w ręce izb lekarskich. Poszczególne izby lekarskie, zajęte organizacją wewnętrzną, inicjatywy w sprawach zdrowia publicznego dotąd jeszcze nie wykazały; członkowie Izby Naczelnej, których ustawa o izbach lekarskich powołuje nie tylko do krytyki, również nic w tej dziedzinie nie zrobili, a odpowiedzialność składa się jedynie na Wydział Wykonawczy. Dr. Bełkowski sądzi, że sprawę tę rozpatrywać należy w innem oświetleniu, a wtedy i do innych dochodzi się wniosków: ogólna apatja powojenna, inercja bezczynności — oto główna przyczyna wykazywanych braków. Wydział Wykonawczy N. I. L. nie może być odpowiedzialnym za to, co należy do obowiązków wszystkich członków Izby Naczelnej, do obowiązków izb poszczególnych i całego stanu lekarskiego. Po tych oświadczeniach Naczelna Izba Lekarska na wniosek prof. Ciechanowskiego z uzupełnieniami Dr. Papéego, prof. Nowickiego, Dr. Bączkiewicza i Dr. Radziwiłłowicza uchwaliła jednomyślnie, co następuje:

1. Przyjąć do wiadomości sprawozdanie roczne Wydziału Wykonawczego i wyrazić uznanie, podziękowanie i zaufanie Wydziałowi Wykonawczemu, a w szczególności jego prezydjum i sekretarzowi.

2. Wyrazić życzenie, aby roczne sprawozdania Wydziału Wykonawczego były ile możności drukowane i rozsyłane przed dorocznem posiedzeniem Naczelnej Izby Lekarskiej wszystkim jej członkom, oraz, aby te sprawozdania, jak również sprawozdania z posiedzeń Wydziału Wykonawczego, były ogłaszane drukiem w czasopismach lekarskich.

3. Wezwać Wydział Wykonawczy, aby na zasadzie art. 2 z Ustawy z dnia 2. grudnia 1921 r. o ustroju i zakresie działania Izb Lekarskich poczynił kroki dla przyśpieszenia utworzenia Izby Lekarskiej w Wilnie.

4. Wezwać wszystkie Izby, aby przedkładały Wydziałowi Wykonawczemu Naczelnej Izby Lekarskiej dokładnie opracowany materjał i należycie umotywowane wnioski, mogące być podstawą do inicjatywy Izby Naczelnej w sprawach zdrowia publicznego.

5. Polecić Wydziałowi Wykonawczemu podjęcie wszelkich

kroków, ażeby została powołana do życia Najwyższa Rada Zdrowia przy Ministerstwie Spraw Wewnętrznych, oraz aby Generalna Dyrekcja Służby Zdrowia wydawała perjodyczne w stałych terminach sprawozdania (biuletyny) o sprawach zdrowia publicznego i działalności władz sanitarnych.

Dla zrealizowania ostatniej uchwały w razie, jeżeliby odnośne kredyty były niewystarczające, na wniosek prof. Ciechanowskiego postanowiono zwrócić się do posłów lekarzy, ażeby ci wpływem swoim dopomogli tej sprawie, a nadto przyjęto wniosek Dr. Kozerskiego treści następującej:

Naczelna Izba Lekarska poleca Zarządowi zwrócić się do wszystkich lekarzy posłów w Sejmie i Senacie, ażeby zechcieli utworzyć Koło lekarzy Senatu i Sejmu, któreby w porozumieniu z Naczelną Izbą zabierało głos i popierało usiłowania Izb Lekarskich w sprawach społeczno-lekarskich i lekarskich.

Przyjęto wniosek Dr. Papéego w sprawie projektu nowelizacji Ustawy o kasach chorych treści następującej:

Izba Naczelna poleca Zarządowi sprawę nowelizacji ustawy o ubezpieczeniu społecznem, a w szczególności prosi o czynienie w dalszym ciągu energicznych starań o przeprowadzenie postulatów stanu lekarskiego

Wreszcie uwzględniono wniosek Dr. Garlickiej co do wykreślenia ze sprawozdania rocznego Wydziału Wykonawczego ustępu o motywach złożenia przez profesora Mazurkiewicza mandatu sędziego Izby Naczelnej.

Po zakończeniu dyskusji nad sprawozdaniem rocznem Wydziału Wykonawczego Dr. Kozerski zreferował **sprawę wyborów do Izby Naczelnej w Izbie Warszawsko-Białostockiej w roku 1923**, które to wybory z powodu narzuconej przez Ministerstwo Zdrowia ordynacji wyborczej były zaskarżone do Trybunału Administracyjnego. Wyrok Trybunału Administracyjnego wyjaśnił, że ordynacja wyborcza w Izbach Lekarskich na podstawie ustawy należy do kompetencji Izb lekarskich, i nie może być narzucona przez władzę nadzorczą. Na podstawie tego wyroku na posiedzeniu Izby Warszawsko-Białostockiej w dniu 14. grudnia 1924 roku dokonano nowych wyborów do Izby Naczelnej. Rada Izby, mając na widoku ciągłość pracy, powołała tych samych delegatów i tylko na miejsce Dr. Adamskiego, który złożył mandat powołała Dr. Garlicką. Ze względu na znaczenie zasadnicze poruszonej sprawy postanowiono referat Dr. Kozerskiego przesłać wszystkim izbom po uprzedniem złagodzeniu jego formy i po przyjęciu wniosku Dr. Garlickiej co do wykreślenie wzmianki o 19 kolegach z Rady Izby Warszawsko-Białostockiej, którzy wnieśli skargę do Trybunału Administracyjnego.

Skarbnik Dr. Bogucki przedstawił **projekt budżetu na rok 1925** na ogólną sumę 17635 Zł 34 gr oraz wystąpił z wnioskiem, ażeby budżet był pokryty, podobnie jak w roku ubiegłym, przez poszczególne izby w stosunku do liczby delegatów, oraz ażeby poszczególne izby przesyłały do Izby Naczelnej całkowitą należność, a Izba Naczelna sama zwracać będzie koszta przyjazdu (przejazd koleją I-ą klasą i djety urzędników 5-ej klasy) Budżet przedstawiony przez Dr. Boguckiego, przyjęto z prawem przekroczenia o 20%. Przyjęto również zgłoszony przez Dr. Boguckiego wniosek. Uchwalono przesyłać składki do Izby Naczelnej w ratach kwartalnych z góry po 680 złotych od każdego delegata w stosunku rocznym. Względem izb, które nie wpłacają składek, Zarząd ma prawo stosować takie środki, jakie uważać będzie za stosowne.

Członek komisji rewizyjnej Dr. Wiszniewski odczytał **protokół komisji rewizyjnej** z dnia 24. stycznia 1925 r. Książki i dowody kasowe, usprawiedliwiające dochody i wydatki, członkowie komisji rewizyjnej znaleźli w należytym porządku.

Podobnie jak i w roku ubiegłym, **Naczelna Izba udzieliła Zarządowi** (Wydziałowi Wykonawczemu) **pełnomocnictw do działania i występowania w jej imieniu** we wszystkich sprawach kierowniczych, reprezentacyjnych, organizacyjnych (zatwierdzanie regulaminów) wykonawczych, leżących w zakresie jej działalności, oraz do udzielania pełnomocnictw w jej imieniu.

Dr. Kozerski odczytał sprawozdanie Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej.

W tem miejscu przewodniczący Dr. Bączkiewicz składa przewodnictwo w ręce Wice-przewodniczącego Dr. Papéego. Z powodu sprawozdania sądowego wywiązała się dyskusja co do ustąpienia z Sądu prof. Mazurkiewicza, oraz co do przysięgi dla Sędziów Izby Naczelnej. Po odczytaniu listu prof. Mazurkiewicza w sprawie złożenia mandatu członka Sądu N. I. L. dyskusję w obu tych sprawach przerwano i znaczną większością głosów sprawozdanie sądowe przyjęto. Co do przysięgi, przyjęto wniosek Dr. Tomaszewskiego co do rewizji regulaminu pod tym względem przez Zarząd.

Przyjęto rownież wniosek Prezydjum Sądu N. I. L., że zasądzony, składający podanie odwoławcze, ma obowiązek jednocześnie złożyć odpowiedni wkład pieniężny na wpisowe oraz na zwrot kosztów podróży dla świadków i rzeczoznawców w tej izbie lekarskiej, której zasądzony jest członkiem, a izba ma obowiązek wkład ten przesłać niezwłocznie do Zarządu N. I. L. dla Sądu N. I. L.

Następnie, zgodnie z wnioskiem Dr. Kozerskiego, zarządzono wybory dopełniające na **zastępców członków Sądu Naczelnej Izby Lekarskiej**. Wybrano z Warszawy następujących kolegów: Kazimierz Zieliński, Marjan Rylko, Kazimierz Wisłocki, Stanisław Zembrzuski, Teodor Podczaski (po 16 głosów) Dr. Kozerski zreferował sprawę **zawieszenia przez Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia decyzji Izby Krakowskiej co do nieobejmowania stanowiska lekarza więziennego w Krakowie**, będącego przedmiotem sporu. Na podstawie dokumentów Dr. Kozerski przyszedł do wniosku, że stanowisko Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia było nieuzasadnione. Izba Krakowska na zarządzenie Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia wniosła skargę do Trybunału Administracyjnego. Z powodu referatu Dr. Kozerskiego wywiązała się dyskusja, w której wyniku przyjęto wniosek prof. Ciechanowskiego, ażeby zawiadomić Generalną Dyrekcję Służby Zdrowia, nie wchodząc w meritum sprawy, że Izba Krakowska przedłożyła sprawę pod rozstrzygnięcie Trybunału Administracyjnego, oraz że Izba Naczelna podziela w tej sprawie stanowisko Izby Krakowskiej.

Sprawę zatargu Izby Poznańsko-Pomorskiej z Uniwersytetem Poznańskim zdjęto z porządku dziennego, ponieważ delegat Izby Poznańsko-Pomorskiej Dr. Panieński oświadczył, że w ostatniej chwili Rektor Uniwersytetu Poznańskiego wystąpił z pośrednictwem i jest nadzieja dojścia do porozumienia.

Dr. Śmiechowski referował sprawę **obejmowania posad w Kasach Chorych przez lekarzy wojskowych i urzędowych**. Poglądy poszczególnych izb w tej sprawie są różne. Istniejące ustawy nie dają prawa do ograniczania lekarzy wojskowych i urzędowych w obejmowaniu posad w kasach chorych. W wyniku dyskusji w tej sprawie przyjęto wniosek referenta treści następującej:

Naczelna Izba Lekarska uważa za niepożądane komulowanie płatnych posad lekarskich w jednych rękach, a więc w miejscowościach, gdzie, oprócz lekarzy pobierających stałe pensje, są lekarze mało zarabiający, nie mający żadnych poborów stałych, ani związanych z tem udogodnień; pierwszeństwo przy obsadzaniu posad ryczałtowo płatnych w kasach chorych powinni mieć lekarze, nie pozostający w służbie stałej.

Pojęcie praktyki lekarskiej referował Dr. Strzemieński. Po krótkiej w tej sprawie dyskusji przyjęto wniosek referenta, ażeby wszyscy lekarze, zajmujący się lecznictwem w jakiejkolwiekbądź formie, mieli obowiązek należenia do izb lekarskich Uchwała ta ogranicza pojęcie praktyki lekarskiej w porównaniu z uchwałą Izby Naczelnej w roku ubiegłym.

Dr. Śmiechowski referował sprawę statutu obowiązkowego **wzajemnego ubezpieczenia na wypadek śmierci w Izbie Łódzkiej**. Uchwała w tej sprawie Izby Łódzkiej zapadła jednogłośnie na posiedzeniu Rady w dniu 18. stycznia 1925 roku przy obecności wszystkich członków Rady, a więc zgodnie z art. 4 Ustawy o Izbach Lekarskich. Wobec tego na wniosek referenta Izba Naczelna Statut Izby Łódzkiej obowiązkowego wzajemnego ubezpieczenia na wypadek śmierci zatwierdziła.

W związku z tą sprawą przyjęto wniosek prof. Ciechanowskiego, ażeby Zarząd zwrócił się do wszystkich izb z wezwaniem do zakładania instytucyj ubezpieczeniowych, oraz wniosek prof. Nowickiego, ażeby Zarząd przygotował na najbliższe posiedzenie Izby Naczelnej referat, obejmujący w ramach ogólnych **sprawę instytucyj ubezpieczeniowych w Izbach lekarskich.**

W sprawie, poruszonej prez Dr. Papéego, co do lekarzy innych izb lekarskich, ubezpieczających się w kasie emerytalnej Izby Lwowskiej, przyjęto wniosek prof. Nowickiego, treści następującej:

Naczelna Izba Lekarska nie widzi przeszkody w przyjmowaniu do kasy emerytalnej Izby Lwowskiej lekarzy, należących do innych Izb lekarskich Państwa Polskiego.

W tem miejscu przewodnictwo obejmuje Wice-przewodniczący Dr. Strzemieński.

W sprawie pieczęci Izb lekarskich i w sprawie sprawozdań poszczególnych izb lekarskich udzielił wyjaśnień sekretarz Izby Naczelnej Dr. Bełkowski. Wzór pieczęci izb lekarskich prawdopodobnie w najbliższym czasie będzie zatwierdzony przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i wtedy pieczątki będą mogą być zamówione dla wszystkich izb lekarskich.

Sprawozdania roczne i regulaminy nie wszystkie jeszcze izby przesyłają Izbie Naczelnej; jedynie tylko Izba Lubelska z obowiązku tego wywiązuje się dokładnie. Wyjaśnienia te przyjęto do wiadomości.

Dr. Garlicka i Dr. Radziwiłłowicz zgłosili wniosek treści następującej:

Mając na celu ułatwienie zawodowej pracy lekarzom, a także podniesienie sanitarnych warunków Rzeczypospolitej oraz udostępnienie społeczeństwu opieki lekarskiej, niżej podpisani członkowie Izby Naczelnej składają wniosek, ażeby **Izba Naczelna zorganizowała i prowadziła Biuro zawodowej pracy lekarskiej,** które miałoby na celu:

1. Przygotowanie graficznej i topograficznej mapy obecnego rozmieszczenia lekarzy na całem terytorjum Państwa Polskiego na zasadzie już gotowych materjałów w Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia.

2. Prowadzenie ewidencji zapotrzebowań lekarzy na stanowiska państwowe, samorządowe i prywatne.

3. Przygotowanie planowej i celowej sieci rozmieszczenia w przyszłości lekarzy ogólno-praktykujących i specjalistów.

Zważywszy:

że w obecnym stanie nadprodukcja lekarzy w większych

miastach, a szczególniej w Warszawie, jest bezcelowa i szkodliwa ze względów konkurencyjnych,

że pozbawienie pomocy i kulturalnego wpływu sanitarno-lekarskiego średnich i małych miast jest wielce szkodliwe,

sądzimy, że ujęcie tej ważnej sprawy, dziś tak chaotycznej, przez świadome i celowe kierownictwo najwyższej organizacji samorządowej lekarskiej będzie czynem pożytecznym i społecznym.

Nad wnioskiem Dr. Garlickiej i Dr. Radziwiłłowicza wywiązała się dość żywa dyskusja. Zdaniem Dr. Panieńskiego zakładanie biur zawodowej pracy lekarskiej należy do kompetencji zawodowych związków lekarskich; instytucja centralna, niedokładnie poinformowana co do warunków miejscowych, nie będzie mogła działać sprawnie i Dr. Panieński wątpi, czy instytucja ta przyczyni się się do powstrzymania żywiołowej wprost ucieczki lekarzy ze Wschodu na Zachód. Dr. Bełkowski zaznacza, że prowadzenie centralnego biura pośrednictwa pracy pociągnie za sobą znaczne wydatki, nieprzewidziane w uchwalonym na rok 1925 budżecie. Podzielając pogląd na tę sprawę Dr. Panieńskiego, Dr. Bełkowski sądzi, że centralne biuro pośrednictwa pracy będzie tylko niepotrzebnym balastem dla Izby Naczelnej. Wyrażonych w tej sprawie poglądów nieuwzględniono i wniosek Dr. Garlickiej i Dr. Radziwiłłowicza w głosowaniu przyjęto.

W imieniu Izby Poznańsko-Pomorskiej zwrócił się do Izby Naczelnej Dr. Panieński z prośbą o wypowiedzenie się za art. 17 Ustawy o praktyce lekarskiej, mianowicie, czy wykonywanie stałej praktyki lekarskiej w kilku miejscowościach w stale uprzednio wyznaczonych terminach jest dozwolone. Izba Poznańsko-Pomorska wypowiedziała się przeciwko tego rodzaju wykonywaniu praktyki. Izba Naczelna naogół pogląd Izby Poznańsko-Pomorskiej podziela, lecz, ponieważ przytoczony przez Dr. Panieńskiego przypadek należy podciągnąć pod art 17 punkt C, przeto Izba Naczelna wypowiedziała się, że w danym przypadku ograniczeń na podstawie ustawy zastosować nie można.

W imieniu Izby Lwowskiej Dr. P a p é e złożył projekt nowelizacji art. 21 Ustawy o praktyce lekarskiej w brzmieniu, uchwalonem przez Zarząd Lwowskiej Izby Lekarskiej na posiedzeniu w dniu 21. stycznia 1925 r.

Art. 21. Lekarzowi przysługuje prawo zawarcia oddzielnej umowy o wynagrodzenie bądź za oddzielną poradę, bądź za zabieg lekarski lub leczenie dłuższe.

Izbom lekarskim przysługuje prawo zatwierdzenia miejscowych cenników przeciętnych, ułożonych przez poszczególne grupy lekarskie we wzajemnem porozumieniu i Izbom lekarskim do zatwierdzenia przedkładanych.

Na wypadek sporu o słuszność lub wysokość żądanego wynagrodzenia lekarzowi i stronie przysługuje prawo zwrócenia się we wzajemnem porozumieniu do właściwej Izby Lekarskiej celem zgodnego załatwienia sprawy, w razie przeciwnym sprawa podlega kompetencji sądów ogólnych. W sprawie przytoczonego projektu nowelizacji zabierali głos Dr. Bełkowski i Dr. Wróblewski, poczem na wniosek prof. Ciechanowskiego sprawę nowelizacji art. 21 Ustawy o praktyce lekarskiej uchylono, jako projekt przy obecnych stosunkach nie na czasie, nie mający szans powodzenia.

W sprawie niesłusznego nakładania podatków na lekarzy przemawiał Dr Drożdż. W sprawie tej Dr. Śmiechowski udzielił informacji co do stanu rzeczy w Izbie Warszawsko-Białostockiej. Pokrzywdzony lekarz zwraca się do Izby, a Izba informuje Urząd Skarbowy. Izba więc Warszawsko-Białostocka, jako strona informacyjna, wpływa na decyzje komisji odwoławczych.

Ostatni punkt porządku dziennego w sprawie emerytur dla rodzin lekarzy, poległych w walce z epidemjami, przekazano Zarządowi Naczelnej Izby Lekarskiej.

Po wyczerpaniu porządku dziennego wice-przewodniczący Dr. Strzemieński zamknął posiedzenie.

Przewodniczący Naczelnej Izby Lekarskiej: *Dr. Bączkiewicz*,
Sekretarz: *Dr. Bełkowski.*

Izba lekarska lwowska.

P o s i e d z e n i e K o m i t e t u K a s y u b e z p i e c z e n i o w e j w dniu 17. kwietnia 1925. (Wydziału Kasy chorych lekarzy) w własnym domu przy ul. Zyblikiewicza 1. 23.

Obecni: Prez. dr. I. P a p é e, prof. dr. N o w i c k i, dr. D o l i ń s k i i dr. A n d r u s z e w s k i.

I. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. D o l i ń s k i przedstawia stan kasy.

III. Załatwiono następujące zgłoszenia Kolegów o przyjęcie do Kasy z wyższem ubezpieczeniem.

1. Dr. Owiński Jakób (Lwów) 10 krotn. od 1. IV. 1925.
2. Dr. Kubisztal Stanisław (Stanisławów) 10 krotn. od 1. I. 1925.
3. Dr. Praschil Tadeusz (Lwów) 10 krotn. od 1. I. 1925.
4. Dr. Porajewski Jan (Sanok) 10 krotn. od 1. IV. 1925.
5. Dr. Braudmann (Probużna) 4 krotn. od 1 stycznia 1925.
6. Dr. Walach Don. (Lwów) 6 krotn. od 1. stycznia 1925.
7. Dr. Grünseid Józef (Wielkie oczy) 4 krotn. od 1. stycznia 1925. r.
8. Dr. Mikucki Władysław (Stanisławów) 10 krotn. od 1. stycznia 1925.
8. Dr. Weiss Henryk (Lwów) 10 krotn. od 1. stycznia 1925.

IV. Uchwalono wypłacić następującym kolegom zasiłki za czas choroby:

1) Kol. B. z L. 51 zł. 2) Kol. S. z L. 77 zł. 3) Kol. K. z L. 74 zł. 4) Kol. F. T. 50 zł. 5) Kol. K. z L. 26 zł. 6) Kol. W. z S. 32 zł. 7) Kol. B. z D. 40 zł. 8) Kol. W. z L. 68 zł. 9) L. z L. 19 zł.

Razem uchwalono wypłacić wypłacić 437 50 zł.

V. Uchwalono wezwać ponownie wszystkich Kolegów, aby celem normalnego skutecznego funkcjonowania Kasy zechcieli uiszczać wkładki b e z o s o b n e g o w e z w a n i a p u n k t u a l n i e co kwartał (zasadnicze ubezpieczenie 8 zł. kwartalnie, świadczenie 2 zł. dziennie) czekiem pocztowym na konto czekowe Banku Unji w Polsce. Lwów Nr. 152610.

VI. Uchwalono zwrócić uwagę Kolegów, że, wedle uchwały Rady Izby lek. z dn. 29. III. 1925, z g ł o s z e n i e c h o r o b y p o t e r m i n i e d ł u ż s z y m, n i ż 3 m i e s i ą c e od chwili zachorowania, pozbawia ubezpieczonego prawa otrzymania świadczenia za przebytą w tym czasie chorobę.

Sekretarz: *Andruszewski.*

Związek lekarzy Państwa Polskiego. Obwód Tomaszowski.

W myśl pisma lekarza naczelnego szpitala Towarzystwa Dobroczynności dla żydów w Częstochowie, Dr. B l u m e n f e l d nigdy lekarzem szpitala tego nie był, jedynie zeszłego lata przez 5 tygodui zastępował podczas urlopu jednego z kolegów szpitalnych. Powyższe podajemy w celu sprostowania wiadomości o osobie dr. B l u m e n f e l d a, wymienionego w Nr. 12. Polskiej Gazety lekarskiej w notatce »Szkodnicy sprawy lekarskiej«.

Pisarz: *Dr. Perzanowski.* Przewodniczący: *Dr. Angspach.*

W sprawie przyjmowania posad ryczałtowych w Kasach chorych.

Członkowie Polskiego Towarzystwa oto-laryngologicznego (Oddział lwowski), stojąc na stanowisku wolnego wyboru lekarza, uchwalili nie przyjmować posad ryczałtowych w Kasach chorych i zwracają się do ogółu Kolegów specjalistów z prośbą o nieprzyjmowanie ryczałtowych posad w Kasach chorych, nie wyłączając Kas chorych kolejowych.

Prof. Dr. T. Zalewski m. p.

Kasa pensyjna niemieckich lekarzy w Czechosłowacji.

Kasa pensyjna niemieckich lekarzy w Czechosłowacji weszła w życie w dniu 1. marca b. r. Myśl założenia tej nader pożytecznej instytucji powstała w Związku państwowym lekarzy niemieckich Czechosłowacji; powstanie jej jest następstwem coraz gorszych warunków materjalnych, wśród których znajdują się lekarze także w Czechosłowacji. Kasa oparta jest na zasadach następujących: 1) Do Kasy przyjmuje się członków bez badania lekarskiego, przyczem czas wyczekiwania wynosi pięć lat, t. j. od chwili przystąpienia do Kasy pensyjnej po 5 latach członek może otrzymywać świadczenia, o ile zajdą przepisane regulaminem warunki; 2) jednostkowa premja (opłata) wynosi zasadniczo 100 koron czeskich miesięcznie. Do Kasy mogą wstępować w charakterze członków także lekarze wiekiem starsi, o ile są w danym czasie zdolni do wykonywania zajęć zawodowych.

Kasa powyższa jest zatem naogół taką samą Kasą, jaką wprowadziła u siebie pierwsza w Polsce Izba lekarska lwowska, tylko, o ile można sądzić, warunki Kasy lwowskiej są korzystniejsze.

Korespondencja.

Baltimore, w kwietniu 1925 r.

I.

Istnieje w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej i Kanadzie amerykańskie Towarzystwo dla rozwoju wiedzy — The american association for the advancement of science — które z początkiem roku bieżącego odbyło w Waschingtonie swój zwykły, doroczny kongres. Z programu zjazdu i ze sprawozdań dowiadujemy się o organizacji Towarzystwa, jego pracy i celach zasadniczych, dla których zostało stworzone. Rozwój wiedzy w Nowym Świecie, wszelkiemi dostępnemi sposobami, jest podstawowym celem tego wielkiego towarzystwa. Dlatego też dąży ono do zrzeszenia jak największej ilości członków nietylko wśród osób pracujących w różnych dziedzinach nauki, lecz także wśród tych, które interesują się pośrednio zagadnieniami wiedzy i wychowania. Większość zrzeszonych pochodzi ze Stanów Zjednoczonych i Kanady, jednak Towarzystwo posiada również członków w różnych częściach świata.

Ze względu więc na różnorodny charakter zrzeszonych organizacja Towarzystwa tworzy dwie główne grupy członków: 1) grupę wielu tysięcy indywidualnych członków, których liczba w chwili otwarcia kongresu waschingtońskiego wynosiła 13.633. W tej grupie mieszczą się członkowie pracujący naukowo i ludzie niezainteresowani osobiście w pracy naukowej, lecz oceniający znaczenie i wartość tej pracy; 2) do Towarzystwa należą 83 zupełnie autonomiczne i niezależnie zorganizowane towarzystwa naukowe i 12 akademij nauki i wiedzy. Z wymienionych 49 większych towarzystw i akademij tworzy oficjalne filje Towarzystwa rozwoju wiedzy. Filje posiadają swoich przedstawicieli w Radzie i w każdej sekcji Komitetu, tak, że istnieje stale, najbardziej prosta i demokratyczna kontrola czynności Towarzystwa. Zrzeszone organizacje nie posiadają żadnych finansowych obowiązków; ponoszą je jedynie członkowie indywidualni.

W dążeniu do wykonania swego zasadniczego celu stara się Towarzystwo ułatwiać pracę naukową wogóle, zwołuje więc zjazdy, wydaje publikacje, stara się o zasoby matejalne i wreszcie dąży do wytworzenia takiej atmosfery, która byłaby bodźcem dla pracy badawczej, twórczej i bardziej systematycznej, niż dotychczas. Zasoby materjalne mają ułatwiać pracownikom naukowym ich badania. Wreszcie dąży Towarzystwo do spopularyzowania wiedzy oraz do zastosowania metod naukowych w pracy nad ulepszeniem demokratycznej cywilizacji wogóle.

Ogólny kierunek Towarzystwa spoczywa w rękach Rady ukonstytuowanej na podstawie wyboru, a składającej się z prezydenta, wiceprezydentów (obecnie 15), sekretarza stałego, generalnego, skarbnika, sekretarzy sekcyj, przedstawicieli towarzystw i akademij (49 towarzystw i 12 akademij ze 102 reprezentantami) oraz z 8-miu członków wybieranych przez Radę. Liczy ona obecnie 144 członków. Rada odbywa regularnie posiedzenia 4—5 razy rocznie, nadając w ten sposób ogólny kierunek prac Towarzystwa. Rządy stałe sprawuje Komitet wykonawczy, którego przewodniczącym był w roku ubiegłym S. Flexner, a obecnie, na rok 1925, wybrany został M. J. Pupin.

Towarzystwo posiada 15 sekcyj, oznaczonych literami alfabetu. Sekcje są następujące: A — matematyka, B — fizyka, C — chemja, D — astronomja, E — geologja i geografja, F — nauki zoologiczne, G — botanika, H — antropologja, I — psychologja, K — nauki społeczne i ekonomiczne, L — historja i filologja, M — inżynierja, N — nauki lekarskie, O — rolnictwo, Q — wychowanie. Jest planowe utworzenie sekcji P — rękodzielnictwa i handlu.

Towarzystwo rozwoju wiedzy zwołuje corocznie zjazdy w różnych ośrodkach naukowych Stanów Zjednoczonych i Kanady. Miejscowe komitety przygotowują szczegóły zjazdu, który obejmuje zawsze wszystkie gałęzie wiedzy. Na każdym zjeździe jest zorganizowana należycie służba prasowa, tak, że szybko przechodzą do prasy codziennej odpowiednio przygotowane sprawozdania. W zjazdach biorą udział nie tylko zrzeszone towarzystwa, lecz także wszystkie istniejące naukowe organizacje. Komitet zaprasza je do współudziału, by praca wypadła jak najlepiej i by poszczególne sekcje były jak najpoważniej reprezentowane.

Organem oficjalnym Towarzystwa jest tygodnik »Science«, który członkowie otrzymują bezpłatnie. Każda gałąź wiedzy jest tutaj reprezentowana nietylko w zakresie odpowiednich artykułów, lecz także w dziale sprawozdań ze zjazdów, w kronice naukowej świata i t. d. Stąd dowiadują się członkowie o wszelkich postanowieniach i uchwałach Rady. Członkowie Towarzystwa otrzymywać mogą zamiast tygodnika «Science« miesięcznik naukowy p. t. »The scientific Monthly«.

Towarzystwo posiada stały fundusz (obecnie około 133.000 dolarów), który pochodzi z darów i opłat członków. Procenty z tego funduszu służą do popierania badań naukowych. By użycie finansów było jednak odpowiednie, istnieje specjalny komitet, który nad tem czuwa. Jest rzeczą jasną, że fundusz wymieniony jest niewystarczający i dlatego jednem z obecnych zamierzeń Towarzystwa jest wyszukanie sposobów powiększenia dochodów i stworzenie stałego dużego funduszu dyspozycyjnego.

Celem rozszerzenia swych wpływów i łatwiejszego urzeczywistnienia założeń Towarzystwo dla rozwoju wiedzy pracuje w porozumieniu z innemi organizacjami. Jak wyżej wspomnieliśmy większość amerykańskich towarzystw naukowych i akademij jest filjami Towarzystwa lub w luźniejszy sposób są z niem zrzeszone. Towarzystwo wspomaga wydawnictwa specjalne; od roku 1925 wychodzi pod anspicjami amerykańskich towarzystw biologicznych pismo p. t. Biological Abstracts. Otóż pismo to ma duże poparcie Towarzystwa rozwoju wiedzy. Wiele projektów, udoskonaleń w dziedzinie wychowania i podniesienia narodowego i międzynarodowego dobrobytu spotkało się z gorliwem poparciem Towarzystwa, zwykle w współpracy z innemi organizacjami. Sprawa wychowania mocno zajmuje obecnie prace Rady, którą traktuje problem ten z naukowego punktu widzenia. Specjalnie utworzony komitet, wspomagany finansowo przez miasto N. York, pracuje, by to trudne, a tak ważne zagadnienie, należycie było rozwiązane.

We wszystkich jednak kierunkach nauki i wiedzy dąży Towarzystwo do rozszerzania swych czynności jak najszybciej, do ulepszania i rozszerzania zjazdów, powiększenia wydawnictw i rozpowszechnienia ich w całym »świecie myślącym«, wreszcie do zdobycia odpowiednich funduszów, by zapewnić pomoc materjalną we wszelkich naukowych badaniach wiedzy czystej i stosowanej. Dok. nast.

W. Koskowski.

Ś. p. Prof. Dr. Tadeusz BURDZIŃSKI.

Dnia 15 lutego zmarł w Wilnie w 56 roku życia dr. med. Tadeusz Burdziński, profesor zwyczajny i dyrektor kliniki ginekologiczno-położniczej U. S. B. — Zmarły znaczną część życia spędził w Rosji, gdzie ukończył Wydział Lekarski (Kijów 1894), otrzymał stopień doktora medycyny (Piotrogród 1897), był w ciągu lat 7-miu asystentem wybitnych ginekologów (Ott, Fenomenow), a wreszcie przez lat 13 prowadził oddział ginekologiczny w Szpitalu Ziemskim w Tambowie. Na ostatniem stanowisku, rozporządzając ogromnym materjałem, zasłynął, jako znakomity technik; jego statystyka operacyj Wertheima zajmuje pierwsze miejsce pod względem ilości dokonanych operacyj oraz najmniejszej śmiertelności. Po powrocie do kraju pełnił dobrowolnie służbę wojskową, jako starszy ordynator Szpitala Okręgowego w Lublinie, a po demobilizacji objął stanowisko naczelnego lekarza Szpitala Kasy chorych w Warszawie. Powołany w 1922 r. na profesora Uniwersytetu Stefana Batorego w Wilnie wzorowo urządził klinikę ginekologiczno-położniczą: jego usilnym staraniom zawdzięcza Wszechnica Wileńska nabycie własnego gmachu dla tej kliniki (po lecznicy prywatnej) z wspaniałemi urządzeniami operacyjnemi. W ciągu $2\frac{1}{2}$ lat zaskarbił sobie w Wilnie opinję człowieka nieskazitelnego, nieuznającego żadnych kompromisów i posiadającego odwagę otwartego wypowiadania swych poglądów. Zmarł w pełni sił męskich i w rozkwicie gorliwej pracy lekarskiej i pedagogicznej.

Cześć Jego pamięci.

W. J.

---

† Dr. Walery MOMIDŁOWSKI.

Dr. Walery Momidłowski urodził się w roku 1862 w Rzeszowie, jako syn radcy sądowego, i w mieście rodzinnem ukończył szkołę średnią, poczem w roku 1880 zapisał się na Wydział lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego, na którym uzyskał stopień doktora wszech nauk lekarskich. Przez szereg lat był asystentem przy katedrze patologji ogólnej i doświadczalnej za prof. dr. Adamkiewicza i w tym czasie ogłosił kilka prac naukowych. W roku 1892 wstąpił do państwowej służby zdrowia przy Namiestnictwie we Lwowie, a w roku 1893 został mianowany lekarzem powiatowym w Tarnobrzegu.

Z tą samą nadzwyczajną pracowitością i sumiennością, jaka go cechowała w czasie studjów uniwersyteckich i na stanowisku asystenta przy katedrze patologji, rozpoczął pracę swą na samoistnem stanowisku w Tarnobrzegu. Skromny aż do przesady nie wysuwał się nigdy na czoło, lecz ta cicha, mrówcza, sumienna praca, tak jako lekarza praktyka, jak i lekarza powiatowego, znalazła coraz więcej uznania w szerokich kołach wszystkich warstw ludności powiatu tarnobrzeskiego i okolicznych. Zdobywał zwolna uznanie, które go wciągnęło w wir pracy obywatelskiej i wysunęło na stanowisko wicemarszałka powiatu. Na tem stanowisku starał się, w miarę środków udzielanych wówczas skąpo na cele higjeny publicznej, szerzyć kulturę i wiedzę higjeniczną. Nie było w powiecie instytucji społecznej, którejby nie był członkiem, doradcą, opiekunem lub założycielem, a szczególnie opiekował się ochronką założoną w Tarnobrzegu, którą też w testamencie, na kilka dni przed śmiercią sporządzonym, uczynił generalną spadkobierczynią całego swego mienia, ciężką pracą zdobytego. W tym też czasie ogłosił większą pracę z dziedziny śmiertelności dzieci, opartą na wieloletnim materjale statystycznym, która to praca ogłoszona została również w języku niemieckim w organie Związku lekarzy urzędowych austrjackich »Amtsarzt«.

Mianowany w roku 1913 lekarzem powiatowym przy Starostwie krakowskiem przeniósł się na stanowisko to po 20 letniej pracy w Tarnobrzegu, a cały powiat, wszystkie instytucje społeczne, wszystkie warstwy ludności z żalem żegnały tego, który tyle dobrego w tem środowisku zdziałał.

Wkrótce po przeniesieniu się do Krakowa wybuchła wojna światowa, a nie był to czas pracy twórczej. Po wskrzeszeniu Ojczyzny i utworzeniu Wydziału zdrowia Polskiej Komisji likwidacyjnej, jako referent Wydziału, zabrał się ze zdwojoną energją do pracy organizacyjnej, przy której znowu uwydatniła się jego skromność, gdyż, jakkolwiek cały ciężar pracy spoczywał na Jego barkach, nie wysuwał się nigdy na czoło, ale był

tylko tym czynnikiem, który w czasie tym nie dopuścił do zniszczenia zdrowych zasad byłej administracji sanitarnej, a na niej starał się zbudować nową, przystosowaną do rodzimych stosunków i zmienionych warunków bytu państwowego. Była to praca ciężka, gdyż w tym czasie łatwiej było niszczyć, niż budować, łatwiej było wygłaszać doniosłe projekta, niż wprowadzać je w czyn, a mimo to, że niejedno Jego zamierzenie, oparte na długoletniem doświadczeniu i przemyśleniu, nie znalazło uwzględnienia, nie zrażał się do dalszej pracy i krzepił się nadzieją lepszej przyszłości.

W roku 1919, po złączeniu administracji całej Małopolski, po utworzeniu Okręgowego Urzędu zdrowia i Ekspozytury tegoż urzędu zdrowia w Krakowie, został kierownikiem tejże i aż do utworzenia Województwa krakowskiego kierował administracją sanitarną całej zachodniej Małopolski. Na tem stanowisku stworzył wzorową administrację sanitarną, która może służyć za wzór całej Polsce. Po kreowaniu Województwa krakowskiego został naczelnikiem Wydziału zdrowia i na tem stanowisku w uznaniu zasług odznaczony został krzyżem oficerskim orderu: »Polonia restituta«. Nie ustawał w pracy organizacyjnej, wciągnął w to koło najbliższych swoich współpracowników i niejedna praca w tym kierunku, znajdująca się w biurku, zamknięta, ujrzy światło dzienne w przyszłości.

W ś. p. dr. Momidłowskim Polska traci jednego z najlepszych synów, administracja sanitarna najlepszego pracownika, a lekarze Jemu podlegli swego gorącego orędownika, który, sam dając przykład, jak się powinno pracować, był wymagającym przełożonym, ale uznawał i oceniał pracę każdej jednostki.

Pamięć ś. p. dr. Walerego Momidłowskiego, człowieka szlachetnego o niezłomnym charakterze, długo jeszcze przyświecać będzie tym, którzy go znali, kochali i którzy na pracę Jego z uznaniem patrzyli.

Dr. Adam Grudzewski.

Św. p. Ksawery JASIŃSKI.

Urodził się w r. 1861. Należał on do wybitnych ginekologów Łodzi i zajmował w świecie lekarskim stanowisko kierujące.

Prawy człowiek i chętny pracy społecznej obywatel pracował na wielu polach działalności społeczno-lekarskiej, zajmując wszędzie stanowiska naczelne.

Drukiem ogłosił: 1) Pęknięcie macicy zupełne podczas porodu. Całkowite wycięcie macicy. »Medycyna« 1895 Nr. 49. i 50. 2) Przypadek ciąży jajowodowej »Medycyna« 1896. Nr. 4. Z powodu nieuleczalnej choroby opuścił Łódź w r. 1922.

W zmarłym straciła Łódź jednego z najprzedniejszych obywateli.

† Dr. Wiktor LECHOWSKI.

Dnia 29 kwietnia b. r. zmarł w Drohobyczu Dr. Wiktor Lechowski, em. dyrektor tutejszego szpitala w wieku l. 79, pracując przez przeszło pół wieku w tutejszem mieście i okolicy niezmordowanie prawie aż do ostatnich chwil życia i przynosząc licznym rzeszom chorych ulgę w cierpieniu i pociechę.

Nic też dziwnego, że cieszył się zawsze zaufaniem ogółu, który do niego zwracał się nietylko o pomoc lekarską, lecz także o wszelką poradę.

Zawsze jak najlepszy kolega — dzielny lekarz i djagnosta, szedł mimo swego wieku z postępem czasu, niezasklepiając się w ciasnem kółku dawnych pojęć, lecz przy nabytem doświadczeniu kształcąc się dalej i zaznajamiając się z postępami nauki.

Przed 26 laty usunął się od pracy szpitalnej, poświęcając natomiast więcej czasu sprawom społecznym. Za jego inicjatywą powstało Tow. zaliczkowe, którego długoletnim był dyrektorem.

Jemu i Jego pomocy zawdzięcza powstanie swoje »Sokół«, któremu szereg lat prezesował.

Jego staraniom i Jego pomocy zawdzięcza Ochronka polska oraz Bursa polska swe powstanie i ugruntowanie swego bytu. Dla drugich nie dla siebie dobry finansista przeprowadził budowę odpowiednich gmachów oraz wszystkich czterech powyższych instytucyj. Nie na tem jednak kończy się jego działalność — dla siebie zawsze oszczędny i nie wymagający — miał zawsze otwartą rękę dla potrzebujących, pomagał po cichu studentom, fundował stypendja i w ostatnich chwilach swych nie zapomniał o biednych, przekazując swą willę oraz skromny, jak na 50 letnią pracę dorobek, Towarzystwu opieki nad młodzieżą.

Zawsze za życia cichy i skromny zastrzegł sobie bardzo skromny pogrzeb bez przemawiań i wieńców.

Dnia 1. maja rankiem odprowadziły ciało cichego tego pracownika bardzo liczne rzesze mieszkańców, oddając zmarłemu »Cześć« i dając wyraz swemu żalowi.

Rodziny nie pozostawił — pozostała jednak pamięć jak najlepsza, która w dziełach jego długie lata nie wygaśnie.

Dr. Pelczar.

Od Administracji.

Zawiadamia się P. P. autorów prac oryginalnych z działu praktyki i artykułów poglądowych, że, począwszy od Nr. 18, ***będą otrzymywali odbitki łamane (format książki) bezpłatnie w ilości 20 szt.***

Wiadomości bieżące.

Kraków.

Komandorią orderu »Polonia restituta« zostali odznaczeni prof. dr. Tadeus Browicz, prof. dr. Stanisław Ciechanowski i prof. dr. Marchlewski.

Lwów.

Na fundusz nagrodowy im. dr. Leona Krzemickiego otrzymało dotąd Towarzystwo higjeniczne lwowskie od rodziny zmarłego oraz ze składek kwotę 1349 zł. Z funduszu tego mają być wyznaczane nagrody za najlepsze prace z zakresu choroby raka. Bliższe warunki konkursowe będą później ogłoszone. Towarzystwo higjeniczne uprasza o nadsyłanie datków na cel powyższy na ręce skarbnika Towarzystwa, dr. Moslera (Lwów, Wojewódzki Urząd Zdrowia).

Warszawa.

Stanowisko kierownika pracowni bakterjologicznej w Miejskim Instytucie higjenicznym m. Warszawy otrzymał drogą konkursu dr. Aleksander Ławrynowicz.

Ze świata.

Choroba zatokowa pojawiła się znowu w nasilowej, postaci na wybrzeżu Bałtyku, w okolicy Królewca i t. d. Donoszą o nowych przypadkach zachorowania. Z obawy przed jej nabawieniem się wielu rybaków powstrzymało się od swych zajęć zawodowych.

Sprawa śmiertelności osesków we Francji jest ustawicznie troską publiczną. Ostatnio paryska Akademja medyczna zwróciła się znowu do odnośnych czynników rządowych z pewnemi przedstawieniami. Zwrócono szczególniejszą uwagę na potrzebę karmienia osesków przez matki. W tym celu należy roztoczyć energiczniejszą opiekę lekarską nad oseskami, a dla ułatwienia przeprowadzenia tej opieki należy ześrodkować ewidencję osesków w kilku punktach. Jest wniosek, aby w przeciągu 2 tygodnia osesek był zgłoszony w merostwie, a nadto, aby postarano się o zabezpieczenie odpowiedniego utrzymania matce na czas karmienia.

Śmiertelność osesków w Niemczech spadła w latach ostatnich. W pięcioleciu od 1901—1905 wyniosła prawie 19%, w 1906—1910 spadła na 16.88%, z w r. 1923 wynosiła 13.18%. Przyczyną tego stałego zmniejszania się śmiertelności osesków jest przestrzeganie pouczania matek o obchodzeniu się z oseskami, liczebny wzrost znaczny zakładów położniczych. I tak w zakładach tych było w r. 1913 urodzeń 18.246 dzieci t. j. 14.3 na 1000 wogóle urodzonych, w r. 1923 było w zakładach urodzonych 57.731 t. j. 70.42 na 1000 wogóle urodzonych. Również coraz większa liczba matek karmiących ma w tym spadku śmiertelności osesków bardzo ważne znaczenie. W każdym razie śmiertelność osesków w Niemczech jest jeszcze bardzo wysoka w porównaniu z krajami innemi. I tak w Danji i Anglji wynosiła ona w roku 1913—1922 tylko 7—10%, w Szwecji 7%, w Norwegji 6,5—5,5%, we Francji poniżej 10%.

O zmianę organizacji Międzynarodowego Biura Pracy. Na ostatnim Kongresie Międzynarodowej Konferencji Pracowników Umysłowych, odbytym w Paryżu w styczniu b. r., uchwalono, aby narodowe konfederacje pracowników umysłowych zbadały poglądy rządów swych państw na sprawę ewentualnego dopuszczenia pracowników umysłowych do Międzynarodowej organizacji pracy, a zatem i do Międzynarodowego Biura Pracy w Genewie.

Zmarli.

Dr. Jerzy Brunner, docent bakterjologji Uniw. warszawskiego, profesor Wolnej Wszechnicy polskiej, zmarł w 54 roku życia.

Dr. Władysław Kopytowski, ordynator Szpitala św. Łazarza, zmarł w 67 roku życia.

Dr. Ksawery Jasiński, sekretarz stały Łódzkiego Tow. lekarskiego, zmarł w Warszawie w 66 roku życia.

Dr. Mieczysław Gliński, b. naczelny lekarz Zakładu leczniczego w Nałęczowie, zmarł w 49 roku życia.

L. 2500/25.

Wydział Powiatowy Sejmiku Święciańskiego ogłasza

Konkurs

na objęcie posady Rejonowego Lekarza w Kobylniku z poborami według VII kat. płac urzędników państwowych.

Do podania dołączyć należy odpis dyplomu lekarskiego, poświadczenie obywatelstwa polskiego oraz własnoręcznie skreślone curriculum vitae

Posada jest do objęcia natychmiast.

(—) *Montwiłł*
Przewodniczący Wydziału Powiatowego
Starosta.

L. 2191/925. **KONKURS.**

Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Inowrocławiu ogłasza konkurs na posadę Naczelnego Lekarza na następujących warunkach:

1. Obywatelstwo i narodowość polska oraz wyznanie chrześcijańskie, 2. Prawo praktyki lekarskiej na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej. 3. Wiek od 40 do 55 lat. 4. Dokładna znajomość prowadzenia systemu ambulatoryjnego w Kasach Chorych oraz praktyczna znajomość zasad ubezpieczenia społecznego.

Czynności służbowe 4 godziny dziennie, za wynagrodzeniem 800 Zł. miesięcznie.

Termin konkursu upływa z dniem 1-go czerwca b. r.

Zarząd Powiatowej Kasy Chorych w Innowrocławiu.

Ostrzeżenie.

Stowarzyszenie Lekarzy w m. Brześciu n/B. ostrzega kolegów przed ewentualnem obejmowaniem posad w Powiatowej Kasie Chorych w m. Brześciu n/B. bez uprzedniego porozumienia się z Zarządem Stowarzyszenia.

Dr. Sawicki sekretarz. *Dr. Serdakowski* prezes.

Adres: m. Brześć n/B. ul. Dąbrowskiego 41.

L. 52/925. **KONKURS.**

Wydział Powiatowy Sejmiku Krzemienieckiego ogłasza niniejszem konkurs na posadę kierownika szpitala samorządowego na 15 łóżek z przychodnią w Poczajowie, oraz posadę kierownika przychodni samorządowej w Wyszogródku.

Do pierwszej przywiązane są pobory według VII st. sł płac urzędników państwowych i mieszkanie do 3 pokoi, do drugiej posady pobory według VIII st. płac.

Lekarzom przysługuje prawo wolnej praktyki.

Osoby reflektujące na te posady winne dołączyć do podań następujące dokumenta:

1. Świadectwo obywatelstwa Polskiego,
2. Odpis dyplomu,
3. Curriculum vitae. znajomość języka rusińskiego pożądana.

Posada do objęcia zaraz.

(—) *Robakiewicz*
Przewodniczący Wydziału Powiatowego
Starosta.

L. 857/ S. M. **KONKURS.**

Wydział Powiatowy w Lubomlu poszukuje 2-ch lekarzy: jednego na stanowisko kierownika działu sanitarnego, drugiego na kierownika szpitala.

Do posad przywiązane są pobory VIII st. sł. z dodatkiem komunalnym. Posady do objęcia od zaraz.

Sekretarz: (—) *J. Buderacki*

Przewodniczący Wydziału, Starosta: (—) *S. Zurakowski.*

L. 2662/25. **KONKURS.**

Tymczasowy Zarząd Powiatu w Nowym Sączu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Piwnicznej.

Okręg sanitarny w Piwnicznej obejmuje miejscowości: Kokuszka, Łomnica, Młodów, Obłazy, Piwniczna, Rostoka, Ryterska, Rytro, Sucha, Struga, Wierchomla Mała, Wierchomla Wielka, Żegiestów i Zubrzyk.

Do posady tej przywiązane są pobory ustalone reskryptami Tymczasowego Wydziału Samorządowego we Lwowie z dnia 2. czerwca 1922 Lw. 16272, 16273 i 16274, a w szczególności tytułem ryczałtu na objazdy i ryczałtu na wydatki biurowe kwoty określone każdorazowo przez Tymczasowy Wydział Samorządowy.

Ponadto gmina Piwniczna zobowiązała się przyczyniać do uposażenia lekarza okręgowego przez bezpłatne oddanie lekarzowi domu gminnego Nd. 561. na mieszkanie, przez dostarczenie 9. m^3 drzewa bukowego na pniu na opał, oraz przez dodatek 50 złotych miesięcznie gotówką wypłacany z funduszów gminnych pod warunkiem, że lekarz okręgowy spełniać będzie zarazem funkcje lekarza gminnego i leczyć będzie bezpłatnie urzędników i sługi gminne.

Posada powyższa połączona jest z prawem do emerytury w granicach postanowień ustawy z 12/5 1909. Nr. 68. D. u. k.

Chcący uzyskać tę posadę winni wykazać, oprócz dostatecznego fizycznego uzdolnienia następujące warunki:

1. Obywatelstwo polskie,
2. dyplom doktora medycyny upoważniający do wykonywania praktyki lekarskiej,
3. nieskazitelny charakter,
4. znajomość języka polskiego,
5. praktykę najmiej 2-letnią w zawodzie lekarskim,
6. nieprzekroczony 40-ty rok życia.

Między kandydatami mają przewszeństwo ci, którzy wykażą się 2-letnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo egzaminem fizykackim.

Posada powyższa nadaną zostanie prowizorycznie na 1 rok, a po upływie tego czasu nastąpić może stabilizacja.

Podania o nadanie posady wnosić należy do tymczasowego Zarządu Powiatu w Nowym Sączu w nieprzekraczalnym terminie do końca maja 1925 roku.

Sekretarz: *Kobak* w. r

Komisarz rządowy: *Kępiński* w. r.

L. 2258/25. **KONKURS.**

Wydział powiatowy w Żółkwi rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego z siedzibą w Mostach Wielkich

Do powyższej posady przywiązane są pobory XII. st. sł. płac urzędników państwowych, ryczałt na objazdy służbowe w kwocie określonej rocznie.

Ubiegający się o powyższą posadę winni wnieść należycie udokumentowane podanie do Wydziału powiatowego w Żółkwi w terminie do 15. czerwca 1923.

Do podania należy dołączyć:

1. metrykę urodzenia na dowód, że nie przekroczyli 40 go roku życia,
2. poświadczenie obywatelstwa polskiego,
3. dyplom lekarski.

Pierwszeństwo będą mieli kandydaci, którzy wykażą się świadectwem odbytej praktyki szpitalnej względnie praktyką na posadzie lekarza okręgowe.

Okręg sanitarny Mosty Wielkie, stanowi 15 gmin a to: 1. Biesiady, 2. Borowe, 3. Butyny, 4 Bojaniec, 5. Dworce, 6. Derewnia, 7. Kulawa, 8. Kupiczwola, 9. Lubella, 10. Mosty Wielkie, 11. Przystań, 12. Rekliniec, 13. Stanisłówka, 14. Strzemien, 15. Wolica.

Komisarz rządowy:
w. z. *St. Gorecki.*